



Korsossa kotona asuvien 75 -vuotiaiden terveyskäyttäytyminen

Castrén, Pinja
Rahkola, Maija
Souranto, Jenna

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Korsossa kotona asuvien 75 -vuotiaiden terveyskäyttäytyminen

Pinja Castrén
Maija Rahkola
Jenna Souranto
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2012

Pinja Castrén
Maija Rahkola
Jenna Souranto

Korsossa kotona asuvien 75 -vuotiaiden terveyskäyttäytyminen

Vuosi	2012	Sivumäärä	42+9
-------	------	-----------	------

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Korsossa kotona asuvien 75 -vuotiaiden terveyskäyttäytymistä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Vantaan Seniorineuvolan toimintaa. Opinnäytetyön tulokset auttavat Seniorineuvolan työntekijöitä kohdistamaan ohjauksen tehokkaasti terveystapaamisissa. Opinnäytetyö vastaa kysymyksiin minkälaisia ovat Korsossa kotona asuvien 75 vuotta vuonna 2011 täyttäneiden ikääntyneiden ravinto- ja liikuntatottumukset, kuinka paljon ikääntyneet tupakoivat ja käyttävät alkoholia, minkälaisia ovat ikääntyneiden sosiaaliset verkostot, minkälaisia terveysriskejä on 75 -vuotiailla sekä millä tavalla miesten ja naisten terveyskäyttäytyminen eroaa toisistaan.

Opinnäytetyö toteutettiin hyödyntämällä määrällistä tutkimusmetodia. Aineisto kerättiin postikyselynä 19.5-22.6.2011 ja se lähetettiin Korsossa ilman kotihoidon apua asuville 75 vuotta vuonna 2011 täyttäneille. Kyselylomakkeena käytettiin Terveiden ja hyvinvointilaitoksen Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys - lomaketta (EVTK), muunneltuna sopivaksi opinnäytetyön tarkoitukseen. Kyselylomakkeita lähetettiin 100 ja määräaikaan palautui 58. Aineisto analysoitiin PASW- tilasto-ohjelmalla.

Tämän opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että 41(71%) vastaajista syö 4-5 ateriaa päivän aikana ja kolme ateriaa syö 13 (22%) vastaajaa. Vihanneksia tai juureksia viimeksi kuluneen viikon aikana 6-7 päivänä ilmoitti syöneensä 25 (43%) vastaajaa. Lihaa söi päivittäin 24 (41%) vastaajaa. Puolet vastaajista käytti eniten kasvirasvaa. D-vitamiinivalmistetta ilmoitti käyttävänsä 38 (65%) vastaajaa. Vastaajista 23 (40%) ilmoitti liikkuvansa vähintään puoli tuntia päivässä.

Alkoholia viimeisen vuoden aikana oli käyttänyt 40 vastaajaa. Näistä 15 käyttää alkoholia 1-2 kertaa kuukaudessa, 12 (21%) ei käytä joka päivä, mutta vähintään kerran viikossa ja 11 (19%) käyttää harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Tupakointi oli hyvin vähäistä, sillä vain yksi vastaajista tupakoi päivittäin ja kolme satunnaisesti. Monet olivat lopettaneet tupakoinnin monen kymmenen vuoden tupakoinnin jälkeen.

Vastaajat olivat eniten yhteydessä ystäviin tai sukulaisiin tapaamalla heitä kasvokkain tai puhumalla heidän kanssaan puhelimesta. Suosituin kodinulkopuolinen harrastus, jota harrasti 48 (83%) vastaajaa, oli vierailu kotiseudulla tai sukulaisten luona. Toiseksi yleisin harrastus oli mökkeily tai retkeily joita harrasti 32 (55%) vastaajaa. Suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista oli mitattu verenpaine ja kolesterolit viimeisen vuoden aikana.

Opinnäytetyön tulosten mukaan ikääntyneen tullessa vastaanotolle tulee eniten kiinnittää huomiota ravitsemukseen, liikuntaan, tuki- ja liikuntaelämistön vaivoihin sekä yksinäisyyden tunteeseen ja sosiaalisiin suhteisiin.

Asiasanat: Ikääntynyt, 75-vuotias, Seniorineuvola, Korso, terveyden edistäminen, terveysriskit, terveyskäyttäytyminen, ravitsemus, liikunta, alkoholi, tupakka, sosiaalinen verkosto, miesten ja naisten erot

Pinja Castrén
Maija Rahkola
Jenna Souranto

Health behavior of the elderly people over 75 years of age living at home in Korso

Year	2012	Pages	42+9
------	------	-------	------

The purpose of this thesis was to investigate the health behavior of the elderly people over 75 years of age living at home in Korso. The objective of the thesis was to provide the Vantaa senior health clinic with the thesis results for developing their function. The results of the thesis will help the Vantaa senior health clinic to direct their counseling efficiently in the health reception. The thesis answers to such questions as what the nutrition and exercise habits of the elderly people over 75 years of age living at home in Korso are, how much the elderly smoke cigarettes and use alcohol, what kind of social network they have, what kind of health risks elderly people over 75 years of age have and how the health behavior differs between men and women.

The thesis was carried out by utilizing a quantitative research method. The material was collected as a mailed inquiry through 19 May 2011 to 22 June 2011 and it was sent to the elderly, who turned 75 years in 2011, living in Korso without help from the home care. The questionnaire was based to The Health Behavior and Health among the Finnish Elderly (EVTK) created by the Finnish National Institute for Health and Welfare and used with customizations to fit the purpose of the thesis. A total of 100 inquiry forms were sent, out of which 58 were returned before the due date. The material was analyzed with PASW statistics software application.

The results of this thesis show that 41(71%) of the respondents eat 4-5 meals per day and three meals are eaten by 13 (22%) respondents. 25 (43%) respondents reported to have eaten vegetables or root vegetables, during the latest whole week, on 6-7 days. 24 (41%) respondents reported to have eaten meat daily. Half of the respondents used mostly vegetable fat. 38 (65%) reported to be using vitamin-D products. 23 (40%) respondents reported to be exercising at least half an hour per day.

Alcohol had been used by 40 respondents during the last year. 15 respondents use alcohol 1-2 times a month, 12 (21%) do not use every day, but at least once a week and 11 (19%) use less than once a month. Smoking was very rare, because only one of the respondents smoke daily and three other smoke occasionally. Many had quitted smoking after many decades of active smoking.

The respondents are mostly in touch with their friends or relatives by meeting them face-to-face or by speaking with them on the phone. The most popular hobby outside the house was visiting home region and relatives by 48 (83%) of the respondents. The second most common hobby was summer cottage and camping by 32 (55%) of the respondents. Most respondents to the inquiry have had their blood pressure and cholesterol measured during the last year.

According to the results of the thesis, when an elderly person comes to the appointment, one should pay most attention to the patient's nutrition, exercise habits, support and musculoskeletal ailments and feeling of loneliness and social relations.

Keywords: Elderly people, 75 years old, Senior health clinic, Korso, health promotion, health risks, health behavior, nutrition, exercise, alcohol, cigarette, social network, differences between men and women

Sisällys

1 Johdanto	6
2 Ikääntyneen terveyden edistäminen	6
2.1 Terveys 2015	8
2.2 Seniorineuvolan toiminta Vantaalla	9
2.3 Toimenpiteet ennaltaehkäisyyn	10
3 Ravitsemusta ja liikuntaa koskevat suositukset	12
4 Ikääntyneiden terveysriskit	13
4.1 Ravitsemus	14
4.2 Liikunta	15
4.3 Alkoholi ja tupakointi	16
4.4 Sosiaalinen verkosto	18
4.5 Miesten ja naisten väliset terveyserot	20
5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät	20
6 Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen	21
6.1 Korso ikääntyneen elinympäristönä	21
6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankkiminen	22
6.3 Aineiston analyysi	23
7 Tulokset	24
7.1 Vastaajien taustatiedot	24
7.2 Ravinto- ja liikuntatottumukset	25
7.3 Alkoholin käyttö ja tupakointi	28
7.4 Sosiaalinen verkosto	29
7.5 Miesten ja naisten väliset terveysriskit ja terveyskäyttäytyminen	31
8 Eettiset kysymykset ja luotettavuus	33
9 Pohdinta	35
9.1 Tulosten pohdinta	35
9.2 Johtopäätökset	37
Lähteet	39
Liitteet	43
Liite 1. Kyselylomake	43
Liite 2. Seniorineuvolan saatekirje	51

1 Johdanto

Hallitusohjelmassa on jo vuosituhannen alussa tuotu esille vanhustenhuollon palvelujen kehittämisen tarve. Vanhusten määrän jatkuva kasvu on viime vuosina ollut esillä monessa eri yhteydessä, muun muassa kuntasuunnitelmissa on kiinnitetty yhä enemmän huomiota laadukkaiden vanhuspalveluiden järjestämiseen. Vanhuskysymys eri muodoissaan on ollut toistuvasti esillä myös mediassa. Tutkimuskohteina ovat niin ikääntyvien toimintakyvyn säilyminen kuin rahoituksen yleinen riittävyys vanhuspalveluihin. (Rusanen, Muilu & Colpaert 2002.) Suomen ikärakenteen muutos on nyt konkretisoitumassa toden teolla. Vuoden 2008 lopussa eläkeikäisten määrä ylitti ensimmäistä kertaa Suomen väestöhistoriassa alle 15-vuotiaiden määrän. Syntyvyys on ollut Suomessa viimeisten 40 vuoden ajan alle niin sanotun uusiutumistason. (Rapo 2009.) Vuonna 2011 on ikärakenteen muutos huomioitu myös uudessa Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, jonka mukaan kunnan tulee järjestää vanhuuseläkettä saaville kuntalaisille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Tärkeää on tunnistaa ikääntyneen terveyden ja toimintakyvyn heikkenemistä aiheuttavat terveydelliset ongelmat ja niihin liittyvä varhainen tuki. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010.)

Opinnäytetyö on osa Vantaan kaupungin, Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan, vanhus- ja vammaispalveluiden; Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen - hanketta. Lähdimme mukaan hankkeeseen syksyllä 2010. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Vantaan Seniorineuvolan kanssa. Seniorineuvolan tavoitteena on auttaa ikääntyneitä edistämään omaa hyvinvointiaan ja terveyttään, jotta kotona asuminen onnistuisi mahdollisimman pitkään. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Korsiassa kotona ilman kotihoidon apua asuvien 75 vuotta täyttäneiden terveyskäyttäytymistä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Vantaan Seniorineuvolan toimintaa. Opinnäytetyön tulokset auttavat Seniorineuvolan työntekijöitä kohdistamaan ohjauksen tehokkaasti terveystapaamisissa.

2 Ikääntyneen terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen laatusuositukset on laadittu kunnille ja ne linjaavat kuntien terveyden edistämisen toimintakäytäntöjä johtamisen näkökulmasta. Suosituksissa tarkastellaan terveyden edistämistä johtamisen, kehittämisen, toiminnan suunnittelun ja toteutuksen sekä seurannan ja arvioinnin kannalta. Niiden tehtävänä on tukea monialaista terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttamista. Terveyden edistäminen on muun muassa tietoista terveyteen sijoittamista, väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista ja väestön terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä. Tavoitteet pyritään saavuttamaan terveydenhuollon ja muiden hallinnonalojen yhteistoimin vaikuttamalla terveyden taustatekijöihin, jotka ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia sekä kulttuurillisia. Näihin taustatekijöihin vaikuttavat muun muassa elinolot, toimeentulo, palveluiden saatavuus ja toimivuus sekä ihmisen omat tiedot, taidot, asenteet

ja elintavat terveyteen liittyen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.) Terveyden edistämisen laatusuositukset on tarkoitettu apuvälineeksi terveydenhuollolle ja muille kunnan hallinnonaloille, päättäjille ja työntekijöille. Suositukset perustuvat olemassa olevaan näyttöön ja hyvistä käytännöistä saatuihin kokemuksiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 3.)

lääkkäiden ihmisten terveyden edistämistä ohjaavat strategiat, ohjelmat, tavoitteet ja suositukset. Tavoitteiden toteutuminen kunnissa, organisaatioissa ja työyhteisöissä edellyttää suunnitelmien toimeenpanoa ja toiminnan arviointia. Useat sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää koskevat lait ja asetukset sisältävät terveyden edistämiseen liittyviä säädöksiä ja velvollisuuksia. Monissa kunnissa on määritelty omat tavoitteet iäkkäiden terveyden edistämiseksi ja ne löytyvät kunnan omista hyvinvointistrategioista tai vanhuspoliittisista strategioista ja ohjelmista. Kunnissa terveyden edistämisen voidaan ajatella olevan terveyteen sijoittamista, tietoista voimavarojen kohentamista sekä vaikuttamista terveyden taustatekijöihin. Terveyden edistämisen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin lähtökohdat saadaan tuntemalla ikääntyneiden terveyden eri osa-alueet ja taustatekijät. Käytännössä ikääntyneiden terveyden edistäminen edellyttää ajantasaista tietoa ihmisten terveyden taustatekijöistä, jota varten kunnissa on laadittu hyvinvointikertomuksia ja -tilinpitoja, jotka antavat tietoa eri-ikäisten kuntalaisten hyvinvointi- ja terveystilanteesta sekä niihin vaikuttaneista tekijöistä. (Lyyra, Pikkarainen, & Tiikkainen 2007: 34-35.)

Vantaalla hyvinvointikertomusten käyttöönotto tapahtui ensimmäisen kerran vuonna 2002, jonka jälkeen työtä on tehty vuosittain. Vuoden 2008 hyvinvointikertomus vetää yhteen kulu-neet viimeiset neljä vuotta, jonka aikana on tehty katsauksia aikuisväestöstä, lapsista ja nuorista sekä ikääntyneistä. Vantaalla väestön hyvinvoinnin tason parantumisesta huolimatta hyvinvointi- ja terveyserot ovat kasvaneet. Kertomuksesta selviää, että väestön koettu terveys on parantunut viimeisten vuosikymmenten aikana. (Vantaan hyvinvointikertomus 2008.)

Ikääntyneiden terveyden edistämisen tavoitteita ovat ehkäistä toimintakyvyttömyyttä ja heikkokuntoisuutta sekä hidastaa sairauksien puhkeamista ja näin ollen parantaa elämän laatua. Yksi yhteiskunnan suurimmista haasteista on ikääntyneen väestön toimintakyvyn turvaaminen. Yksilön terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttaa kaikki hänen aikaisemmat elämässä tapahtuneet asiat. Yhteiskunnan muutokset pitkällä aikavälillä ovat vaikuttaneet suomalaisen keskimääräiseen elinikään lisäävästi, samalla toimintakyvyn ylläpitämisen haasteet yhä ikääntyneemmällä ihmisillä kasvaa. Yli 75 -vuotiaiden keskuudessa yksilölliset terveyserot ovat suuret. Vanhusten terveyttä edistäviä toimenpiteitä ovat muun muassa liikunnan edistäminen, loukkaantumisten ehkäisy, terveysstrategia, ruuan terveellisyys ja terveempien elämäntapojen edistäminen sekä mielenterveyden edistäminen. Liikunnan tiedetään olevan toimintakykyä tukevaa toimintaa, joka ikääntyneillä tulee olla helposti saatavilla ja toteutettavissa turvallisessa ympäristössä. Ikääntyneen terveyden edistämisen keskeisiä tavoitteita ovat:

Toimintakyvyn säilyttäminen, sairauksien ja toimintakyvyn heikentymisen ehkäisy, itsenäisyyden tukeminen, elämänlaadun säilyttäminen ja parantaminen, hoitotarpeen pienentäminen sekä kuoleman siirtäminen. (Tilvis 2009.)

2.1 Terveys 2015

Terveys 2015- kansanterveysohjelma on toukokuussa 2001 Valtioneuvoston hyväksymä ohjelma, joka painottaa terveyden edistämistä ja sen taustana on Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille - ohjelma. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, jonka tavoitteena on lisätä terveitä ja toimintakykyisiä vuosia sekä kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja. Ohjelman pyrkimyksenä on edistää terveyttä ja hyvinvointia terveydenhuollossa ja kaikilla muillakin yhteiskunnan osa-alueilla. Ohjelmassa on yhteensä kahdeksan asetettua kansanterveydellistä tavoitetta, jotka sisältävät ikäryhmittäiset ja kaikille yhteiset tavoitteet. Tavoitteet koskevat keskeisiä ongelmia, joiden korjaamiseen tarvitaan eri tahojen yhteistyötä. Toimeenpanosta ja seurannasta vastaa kansanterveyslautakunta yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a.)

Ikäryhmittäisissä tavoitteissa on eriteltyä yli 75 -vuotiaiden ikäryhmän tavoitteeksi, että heidän toimintakyvyn paraneminen jatkuisi samansuuntaisena, kuin viimeisen 20 vuoden aikana. Ikääntyneiden ihmisten odotettavissa oleva elinikä on viime vuosikymmenien aikana pidentynyt huomattavasti. Pitkäaikaissairaudet ovat yleisiä 60-75 -vuotiaiden ikäryhmässä, mutta siitä huolimatta heistä suurin osa asuu omassa kodissa itsenäisesti ja heidän toimintakykynsä on kohentunut. Ikääntyneiden itsenäistä pärjäämistä voidaan tukea ehkäisemällä sairauksia, edistämällä toimintakykyä sekä kuntoutuksella. Ikääntyneiden keskuudessa toiminnanvaja-uuksien lisääntyminen vaikuttaa yksilön itsenäiseen pärjäämiseen ja alentaa täten elämänlaatua. Toiminnanvajausten ja sairauksien pahenemisen ehkäisy on tärkeää ja oleelliseksi tehtäväksi jääkin järjestää asianmukaista kuntoutusta sitä tarvitseville. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 25-26.)

Terveys 2015- ohjelman mukaan väestön nopea vanheneminen etenkin seuraavien vuosikymmenten aikana asettaa suuren haasteen kunnille. Kuntien tulee järjestää kaikille toimintakykynsä menettäneille ikääntyneille tarvittava kuntoutus, riittävä huolenpito sekä sairaanhoito- palveluiden laadukas ja hyvä saatavuus. Toiseksi haasteeksi on todettu eri sosiaalisen tason omaavien ryhmien välisten terveyserojen pienentäminen, sillä ikääntyneillä syrjäytyminen ja huono sosiaalinen asema ovat vahvassa yhteydessä sairastuvuuteen ja näin ollen myös aikaiseen toimintakyvyn heikkenemiseen. Terveys 2015- ohjelman tavoitteena on turvata ikääntyneiden mahdollisuudet toimia yhteiskunnassa aktiivisesti, kehittää omia tietojaan, taitojaan ja itsehoitovalmiuksiaan sekä jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää riittävän toimeentulon turvin. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että tulee kehit-

tää sellaisia asumus-, lähipalvelu- ja liikenneympäristöjä, jotka turvaavat toimintakyvyn alentuessakin itsenäisen elämän edellytykset. Kunnissa näihin tavoitteisiin pyritään esimerkiksi kuntasuunnitelmaan liittyvässä vanhuspoliittisessa strategiassa, osana hyvinvointipoliittisia ohjelmia. Kuntien kanssa toteutetaan vanhustenhuollon palvelujen kehittämisohjelma, jossa kehitetään ikääntyneiden henkilöiden arkielämässä ja pitkäaikaishoidossa tarvittavia omaishoitoon, vapaaehtoistoimintaan, yrittäjätoimintaan sekä julkisen vallan toimintaan perustuvia hoiva- ja huolenpitopalveluja uutta teknologiaa hyödyntäen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 25-26.)

2.2 Seniorineuvolan toiminta Vantaalla

VIKSU- Vantaan ikääntymispoliittinen toimeenpanosuunnitelma on kehitetty linjaamaan Vantaan ikääntyvien kuntalaisten palvelujen kehitystä ja toteutusta vuosina 2010-2015. Vantaa kuuluu yhdeksi nopeimmin vanhenevista kunnista ja haasteena on pystyä vastaamaan palvelutarpeisiin myös tulevaisuudessa. VIKSU toimii yhteistyössä eri toimialojen kanssa, joka mahdollistaa yhtenäisen toiminnan kaupungin eri alojen kesken. Ohjelman kehittämisen aikana ovat syntyneet yhteiset arvot ja periaatteet, jotka otetaan huomioon palveluiden tuottamisessa, joita ovat innovatiivisuus, kestävä kehitys ja yhteisöllisyys. (Vantaa vanhenee viisaasti 2010.) Seniorineuvola on yhtenä toimialana kehittämässä Vantaan ikääntyneiden palveluja ja se on mukana kolmessa kuudesta palvelulupauksesta, jotka ovat: tieto muuttaa asenteita, ympäristö on esteetön ja ennaltaehkäisevät palvelut edistävät hyvinvointia ja terveyttä. (Laitinen, Haapaniemi & Palo 2011: 96.)

Vantaan Seniorineuvolan tavoitteena on asiakkaan terveyden ja omatoimisuuden edistäminen, voimavarojen vahvistaminen sekä sairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen. Omaishoitajien kohdalla pyritään antamaan tukea ohjaten ja neuvoen. (Leinonen & Palo 2010.) Käytännössä on tullut esille ikääntyneiden tarve kartoittaa elämäntilannettaan kokonaisvaltaisesti. Seniorineuvolassa tehdyissä terveystarkastuksissa on löytynyt vakaviakin sairauksia, kuten syöpää tai diabetesta sekä lievempiä sairauksia esimerkiksi virtsatieinfektioita sekä toiminnallisia ongelmia kuten heikentynyt kuulo, näkö tai liikuntakyky. Asiakkaita aktivoitaan ylläpitämään jo olemassa olevia voimavaroja ja terveyttä muun muassa ohjaamalla syömään terveellisesti ja liikkumaan. (Leinonen & Palo 2009.)

Seniorineuvola sijaitsee Tikkurilassa, ja siellä työskentelee terveydenhoitaja ja kuntoutuksen ohjaaja. Seniorineuvolan toimintaperiaatteet ovat asiakaslähtöinen ennaltaehkäisevä ja etsivä työote. Kohderyhmänä ovat vantaalaiset 75 vuotta täyttävät ilman kotihoidon tukea asuvat sekä yli 65 -vuotiaat omaishoitajat. Seniorineuvola lähettää 75 vuotta täyttäneille ilman kotihoidon tukea asuville vantaalaisille kutsun terveystapaamiseen. Omaishoitajille terveystarkastus tehdään vuosittain ja omaishoidontuen käsittelijät antavat/postittavat heille kutsut. Työ-

muotoina ovat terveystapaaminen vastaanotolla, kotikäynti ja puhelinneuvonta. Seniorineuvolan toiminnan tavoitteena on auttaa ikääntynyttä edistämään omaa hyvinvointiaan ja terveyttään, jotta kotona asuminen onnistuisi mahdollisimman pitkään. (Leinonen & Palo 2009.) Seniorineuvolan asiakkaat saavat vastaanotolla myös ohjausta eri järjestöjen, yhdistysten ja seurakunnan palvelujen pariin yksinäisyyden torjumiseksi. Terveystarkastuksessa tutkitaan kuulo, näkö, liikkumiskyky ja tasapaino sekä mitataan pituus, paino ja käsien puristusvoima. Haastattelemalla selvitetään muistia, nukkumista, ravitsemusta, rokotusten voimassa oloa ja kattavuutta sekä tupakointia ja päihteiden käyttöä. Näiden lisäksi selvitetään myös mielialaa, yksinäisyyttä, avun tarvetta sekä avun saamisen mahdollisuutta. Haastattelun apuna käytetään erilaisia muistiin ja päivittäisiin toimiin liittyviä mittareita. (Leinonen & Palo 2010.) Terveystarkastuksissa löytyy toisinaan piileviä vaivoja, joiden hoitaminen hyvissä ajoin parantaa elämänlaatua. Tarvittaessa Seniorineuvolan asiakas ohjataan saamaan apua muilta sosiaali- ja terveyspalveluiden tahoilta, sillä Seniorineuvola ei toimi jatkohoitopaikkana. (Vantaan kaupunki 2011.)

2.3 Toimenpiteet ennaltaehkäisyyn

Ikääntyneiden terveyden edistämisen tavoitteita ovat ehkäistä toimintakyvyttömyyttä ja heikkokuntoisuutta sekä hidastaa sairauksien puhkeamista ja näin ollen parantaa elämän laatua (Tilvis 2009). Geriatriassa sairauksien ennaltaehkäisyssä on monenlaisia tavoitteita, kuten sairauksien varhainen diagnostiikka ja tehokas hoito. Sairaudet pyritään tunnistamaan ja hoitamaan jo varhaisessa vaiheessa esimerkiksi mittaamalla verenpainetta ja kolesterolia säännöllisesti. (Vanhusten sairaudet 2008.)

Suomessa terveydenhuoltoa ohjaa Terveystarkastuslaki, jonka keskeisenä tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa, johon kuuluu hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä terveyspalveluiden saatavuuden ja tehokkaan tuottamisen edistäminen. (Terveystarkastus- ja hyvinvoinninlaitos 2011a.) Terveystarkastuslaki määrittelee näin ollen laajasti julkisen terveydenhuollon keskeisen sisällön (Lindén 2011). Terveystarkastuslain tarkoitus on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b). Uusi terveydenhuoltolaki astui voimaan 1.5.2011 ja sen lähtökohdaksi on asiakkaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c). Terveystarkastuslain 20 pykälän mukaan ikääntyneelle tulee tarjota neuvontapalvelua terveellisten elämäntapojen edistämiseen sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn. Keskeistä on myös tunnistaa ikääntyneen terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien terveydellisten ongelmien tunnistaminen sekä niihin liittyvä varhainen tuki. Lisäksi kunta voi järjestää ikääntyneille terveyttä edistäviä terveystarkastuksia ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä. (Terveystarkastuslaki 2010.)

Vantaalla muun muassa Seniorineuvolan toiminta mahdollistaa ikääntyneille ennaltaehkäiseviä terveystarkastuksia ja tarpeen mukaan tehdään myös kotikäyntejä. Seniorineuvolan palvelut mahdollistavat ennaltaehkäisevien toimenpiteiden toteutusta, kuten verenpaineen mittausta. Tarvittaessa voidaan myös tehdä laboratoriolähetteitä. Tässä opinnäytetyössä selvitetään kyselylomakkeen avulla tutkimusryhmän terveyden riskitekijöitä ja kartoitetaan kysymysten avulla sitä, onko heiltä mitattu verenpainetta ja kolesterolia. Nämä kaksi ennaltaehkäisevää toimenpidettä antavat tietoa asiakkaan terveydentilasta ja mahdollisesta kohonneesta riskistä sairastua muun muassa verenkiertoelimistön sairauksiin.

Ikääntyneen verenpaineen hoidon hyödyt on kiistattomasti näytetty toteen ja myös hoito on näin ollen osa näyttöön perustuvaa lääketiedettä. Ikääntyneelle liian matala verenpaine voi aiheuttaa kaatumisia. Tupakoinnin ohella kohonnut verenpaine on sydän- ja verisuonitautien merkittävä tekijä. Verenpaineen seurannan ja hoidon tavoitteena on ennenaikaisen kuoleman, sairauksien ja niistä johtuvan toimintakyvyn heikkenemisen välttäminen tai lykkääminen sekä elämänlaadun säilyttäminen. (Kantola 2009.) Ikääntyneiden verenpainetutkimusten mukaan aivohalvaukset ovat vähentyneet jopa 40 % ja sydäntapahtumatkin yli 25 %. Tutkimusten mukaan aivohalvaukset sekä kaikki sydän- ja verisuonitapahtumat ovat merkittävästi vähentyneet. Kohonnut verenpaine on yksi dementian kehittymiselle altistava tekijä. Verenpaine seurannan myötä myös dementian esiintyminen on puolittunut. (Vanhanen 2011.) Verenpainetta tulisi mitata säännöllisesti ja mittaustiheys määritellään yksilöllisesti verenpainetason ja ajankohtaisen tilanteen mukaan. Ikääntyneiltä verenpaine määritetään vuosittain ja tarvittaessa oireiden perusteella useammin, esimerkiksi huimauksen tai pystyyn noustessa näön sumentumisen vuoksi. (Ilanne-Parikka 2009.) Iän myötä ihmisen diastolinen paine laskee ja systolinen nousee. Valtimomuutokset sekä kohonnut systolinen paine altistavat elinmuutoksille ja lisäävät sydän- ja verisuonisairauksien riskiä sekä kuolleisuutta. Ikääntyneillä hoito on erittäin tuloksellista, sillä iän lisääntyessä haittatapahtumien todennäköisyys on suurempi kuin nuoremmilla. (Kantola 2009.) Iäkkäiden kohonneen verenpaineen hoitona on ensisijaisesti huomioitava elintapaohjeiden vaikutus verenpaineeseen. Iäkkäillä parhaita keinoja ovat painonpudotus ja suolan rajoitus. (Vanhanen 2011.)

Verenkolesterolin mittaaminen on myös yleistynyt, samoin kuin kolesterolilääkkeiden ja verenpainelääkkeiden käyttö (Laitalainen, Helakorpi & Uutela 2010: 13). Ravinto vaikuttaa suurelta osin kolesterolin määrään, mutta perinnöllisillä ominaisuuksilla on myös merkitystä. Liiallinen kolesterolia aiheuttaa verisuonten ahtautumista, jolloin verenkierto huononee ja näin ollen se aiheuttaa sydän- ja verisuonisairauksia. Ravinnossa kolesterolia vaikuttaa ruoan sisältämä kolesterolia ja tyydyttynyt eli ”kova” rasva. Merkittävimpiä kovan rasvan lähteitä ovat rasvaiset liharuoat ja juustot. Veren kolesterolia tulee mitata usein, sillä suurentunut kolesterolimäärä lisää riskiä valtimotaudille. Korkea kolesterolia lisää myös riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Kohonnut kolesterolia veressä tukkii verisuonia ja näin edistää ateroskle-

roosia eli verisuonten kalkkeutumista. Vuosien kuluessa se pienentää valtimoita ja vaikeuttaa veren virtausta. Kohonnut kolesterol ei aiheuta oireita eikä myöskään tunnu mitenkään ja sen vuoksi se jää usein huomaamatta. (Mustajoki 2010.) Kolesterolia olisikin tämän vuoksi hyvä mitata säännöllisesti.

3 Ravitsemusta ja liikuntaa koskevat suositukset

län myötä liikkuminen vähenee, jolloin myös ruokahalu pienenee. Kun syödyn ruoan määrä vähenee, voi ravintoaineiden kuten proteiinien ja vitamiinien saanti vaikeutua. Päivittäisen energian saannin tulisi vastata kulutusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 14.) Tutkimusten mukaan virhe- ja aliravitsemuksella on todettu yhteys sairauksiin sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemiseen. Hyvän ravitsemustilan ylläpitämiseen tulee kiinnittää täten huomiota ja ikääntyneen ravitsemuksen erityispiirteiden vuoksi ravitsemussuositukset ovat tarpeen. (Suominen 2007:351-352.)

Hyväkuntoisen ikääntyneen ravitsemussuosituksiin kuuluu värikäs, monipuolinen ruokavalio, joka sisältää riittävästi proteiinia. Suolan käytön tulisi olla kohtuullista ja rasvoina tulisi käyttää hyvälaatuisia pehmeitä kasvirasvoja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 20.) Pehmeitä rasvoja saa parhaiten kasviöljystä, rasiamargariineista, levitteistä sekä kasvirasvavalmisteista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2011a). Ruokajuomaksi olisi hyvä valita rasvaton maitoa tai piimää, tai vettä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2011b). Kaikille yli 60 -vuotiaille suositellaan D-vitamiinilisää 20 µg ympäri vuoden käytettäväksi (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011b).

WHO:n suosituksen mukaan 65-84-vuotiaiden tulisi harrastaa säännöllistä liikuntaa samassa määrin kuin nuoremman aikuisväestön. Heikon liikkumiskyvyn omaaville ikääntyneille suositellaan kaatumisien ehkäisemiseksi tasapainoharjoituksien tekemistä kolme kertaa viikossa. Eri-tyisiä terveysrajoitteita tai -riskejä omaaville tulisi liikunnan harjoittaminen sovittaa yksilöllisesti terveystilanteen mukaan. (Laitalainen ym. 2010: 18-20.) Normaaliin elämiseen ihminen tarvitsee tietyn määrän lihasvoimaa, jota voi kehittää kuntosaliharjoittelulla, kuntovoimistelulla ja arkiliikunnalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 30). Iäkkäiden tulisi harjoittaa lihasvoimaa vähintään kaksi kertaa viikossa (Salminen 2009). Hyvä hapenotto- ja keuhko- toiminta helpottaa arjessa toimimista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 30). Kestävyysliikuntaa tulisi harrastaa vähintään puol tuntia viidesti viikossa (Salminen 2009).

Yli 65 -vuotiaiden tulisi harrastaa päivittäin kevyttä aktiivisuutta, jota saadaan normaali arjessa esimerkiksi tiskauksessa ja itsestään huolehtimisesta, ja kohtuullisesti kuormittavaa, mutta lyhytkestoista aktiivisuutta kuten kävelyä autolle, kauppaan tai muihin asioihin. Kestävyystyyppistä liikuntaa tulisi harrastaa joko kohtuullisesti kuormittavana esimerkiksi 30

minuuttia vähintään viisi kertaa viikossa, tai kuormittavampaa noin 20 minuuttia vähintään kolme kertaa viikossa. Näitä kahta voidaan myös yhdistää. Näiden lisäksi tulisi harjoittaa lihaskuntaa vahvistavia toimia vähintään kaksi kertaa viikossa. Mikäli haluaa parantaa kuntoa, vähentää kroonisten sairauksien riskiä ja estää lihomista, tulisi nämä minimisuositukset ylittää. (UKK-istituutti 2009.) Yli 64-vuotiaille suositellaan myös nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa, jota saadaan esimerkiksi kotivoimistelulla (Käypähoito 2010).

Ikääntyneiden painoa olisi hyvä punnita kerran kuussa, jotta pystyttäisiin seuraamaan ravitsemustilaa. Pelkästään normaalipainon selvittäminen ei riitä, vaan tärkeämpää on seurata painonmuutosta. Ravitsemustilan huononemista on syytä epäillä, jos painonmuutokset ovat nopeita ja suuria. Aikuisen normaali painoindeksi on 20-25. Painoindeksi 18-19 kuvaa lievää alipainoa ja alle 15 vaikeaa alipainoa. Ikääntyneiden suositeltava painoindeksi on 24-29. Sairastuvuus ja kuolleisuus lisääntyvät jos painoindeksi putoaa alle 24. (Lyyra ym. 2007: 190.) Lihavuus on eläkeikäisillä yleistynyt. Vuonna 1993 painoindeksi oli 30 kg/m² 12 % miehistä ja 18 % naisista. Vuonna 2009 vastaavat osuudet olivat 17 % miehistä ja 23 % naisista. (Laitalainen ym. 2010: 13.)

4 Ikääntyneiden terveysriskit

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Terveys on tila, joka muuttuu jatkuvasti. Siihen vaikuttaa sairaudet ja fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, sekä ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset, arvot ja asenteet. Tärkein terveyden määritelmä on kuitenkin jokaisen ihmisen oma määritelmä terveydestään. Oma kokemus terveydestä voi poiketa huomattavasti lääkärin arviosta ja muiden ihmisten käsityksestä. Ihminen saattaa kokea itsensä terveeksi, vaikka hänellä olisi vaikeitakin vammoja tai sairauksia. (Huttunen 2010.)

Lyyran (2006) mukaan ikääntyneen elämään tyytyväisyys pidentää ihmisen elinikää ja sen katsaan olevan yksi ikääntyneen ihmisen tärkeimmistä voimavaroista. Ikääntynyt saa voimaa ja motivaatiota huolehtia omasta terveydestään, jos hän kokee olevansa arvostettu ja häntä tarvitaan. Haastatteluissa kysyttäessä ikääntyneeltä tämän pitkän ikänsä salaisuutta, saadaan usein vastaus joka liittyy jollakin tavalla positiiviseen elämänasenteeseen. Positiivisen elämänasenteen on todettu vaikuttavan ikääntyneen elämän tyytyväisyyteen ja aktiivisen elämäntavan saavuttamiseen sekä motivaatioon huolehtia itsestä. Positiivinen elämänasenne auttaa myös sosiaalisten suhteiden ylläpidossa ja niiden hankkimisessa, joka puolestaan taas edesauttaa ikääntyneen yhteenkuuluvuuden tunnetta ja sosiaalista tukea. Tutkimusten mukaan ikääntyneet ihmiset, joilla on havaittu olevan optimistinen elämänasenne, elävät pidempään. Ikääntyneelle suurin merkitys on oma tyytyväisyys sen hetkiseen elämään, eikä näin

ollen menneellä elämällä ja saavutuksilla ole enää niin suurta merkitystä heidän elämässään. Kysyttäessä ikääntyneeltä millaiseksi hän kokee oman terveytensä tällä hetkellä, voidaan ennustaa jäljellä olevaa elinikää paremmin kuin erilaisilla objektiivisilla terveystilamittareilla. Itse arvioitu terveys voidaan ajatella kuvaavan hyvin laajasti terveyteen liittyviä tekijöitä, joita ei objektiivisilla terveystilamittareilla voida kuvata. (Lyyra 2006: 206-207.) Eläkeikäisten itse arvioima terveydentila on kohentunut 1990-luvun alusta vuoteen 2009. THL:n Eläkeikäisen väestön terveystilamittauksen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993-2009 (EVTK) tutkimuksen mukaan vuonna 2009 vastanneista 48 % koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. (Laitalainen ym. 2010: 12.)

4.1 Ravitsemus

Ikääntyneillä ravitsemusongelmat ilmenevät monin eri tavoin. Liian vähäisestä proteiinin ja energian saannista aiheutuu laihtumista, joka voi johtaa aliravitsemukseen. Laihtuminen ei kuitenkaan aina kerro todellista ravitsemustilaa, sillä energian saanti voi olla riittävää, mutta suojaravintoaineita on liian vähän. Näin ollen myös ylipainoinen ikääntynyt voi kärsiä huonosta ravitsemustilasta. Heikko ravitsemustila heikentää immuunipuolustuskykyä, altistaa infektioille sekä hidastaa sairauksista toipumista. Ikääntyneen hyvän toimintakyvyn ylläpitämisessä hyvällä ravitsemuksella on keskeinen tehtävä. Ikääntymisen myötä elimistössä tapahtuu muutoksia, jotka altistavat virheravitsemukselle ja sitä kautta toimintakyvyn heikkenemiselle. (Suominen 2007:351-352.)

Vähenevä energian- ja proteiinin saanti kiihdyttää lihaskatoa ja lisää tulehdusriskiä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 14). Proteiini on tärkein ikääntyneen ravitsemustilaan vaikuttava tekijä. Tärkeimpiä proteiinin lähteitä ovat liha, maito ja viljavalmisteet. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010: 145.) Hyvällä ravitsemuksella voidaan ehkäistä tai siirtää sairauksien puhkeamista ja estää niiden pahenemista (Suominen 2007:351). Terveydentilaan vaikuttaa kiinteästi ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 16). Yksipuolisesta ruokavaliosta johtuen ikääntyneellä on usein heikentynyt energian, proteiinin, C- ja D-vitamiinien, foolihapon, kalsiumin, sinkin sekä kuidun saanti (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 17). Nykytiedon mukaan säännöllinen ateriaritmi on terveyden kannalta suositeltavaa, kuitenkin ei ole pystytty määrittelemään aterioiden lukumäärää tai ajankohtaa niiden syömiselle. Säännöllisellä ateriaritmilla tarkoitetaan sitä, että päivittäin syödään suunnilleen yhtä monta ateriaa samoihin aikoihin. Hyvän ruokavalion voi koostaa muutamasta runsaammasta ateristiasta, tai useasta pienemmästä, välipalatyypisistä ateristiasta tai näiden yhdistelmästä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 39.)

D-vitamiinin suositusten mukaisen määrän saaminen on ikääntyneille tärkeää, sillä sen on todettu ehkäisevän luunmurtumia. D-vitamiini vaikuttaa luustoon hidastaen sen haurastumista eli osteoporoosia ja sen etenemistä. Tutkimusten mukaan D-vitamiini ylläpitää ihmisen lihaskoordinaatiota, joka ehkäisee ikääntyneillä kaatumista ja siitä aiheutuvia vammoja. Tutkimusten mukaan vain riittävän suuret annokset D-vitamiinia ehkäisevät kaatumisia ja murtumia. Tulosten mukaan Suomessa D-vitamiini suositukset toteutuvat käytännössä huonosti. (Suominen. 2007:352.) Suurin osa kalsiumista on luustossa ja hampaissa. Riittämätön kalsiumin saanti heikentää kalsiumtasapainoa, jolloin elimistö irrottaa kalsiumia luustosta elintoimintoihin. Tällöin luut haurastuvat ja ovat alttiimpia murtumille. Riittävä D-vitamiinin saanti auttaa elimistöä sopeutumaan vähäiseen kalsiumin saantiin tehostamalla imeytymistä. Hyviä kalsiumin lähteitä ovat maito, hapanmaitotuotteet ja juustot. (Haglund ym. 2010: 69-71.)

EVTK- tutkimuksen mukaan ruokatottumukset ovat muuttuneet terveellisempään suuntaan. Voita leivällä käyttävien osuus on vähentynyt huomasti. Kasviöljyn käyttö ja rasvattoman maidon juonti ovat lisääntyneet. Voin ja rasvaisen maidon käyttö on yleisempää vanhemmilla vastaajilla. Rasvaisen juuston sekä maidon ja piimän käyttö on myös selvästi vähentynyt. (Laitalainen ym. 2010: 14-15.) Tutkimuksesta selvisi myös, että kasvisten sekä hedelmien ja marjojen päivittäiskäyttö on lisääntynyt. Kahden lämpimän aterian syönti päivässä taas on vähentynyt. Vuonna 2009 vain kolmannes eläkeläisistä ilmoitti syövänsä sekä lounaan että päivällisen. Vanhemmilla ikäryhmillä kahden lämpimän aterian syöminen oli yleisempää ja aamupalan syöhyä useammat. (Laitalainen ym. 2010: 16.)

4.2 Liikunta

Liikunta yhdistetään yhdeksi osaksi elämäntyyliä, joka on vahvasti yhteydessä myös muihin elämän osa-alueisiin kuten esimerkiksi tupakointiin, alkoholinkäyttöön ja ravitsemukseen. Liikunta, alkoholi, tupakointi ja ravitsemus ovat tärkeimmät terveyteen ja eliniän pituuteen vaikuttavat tekijät. Mitä enemmän terveyteen sitä heikentävästi vaikuttavia tekijöitä elämän aikana on kertynyt, sitä suurempi riski yksilöllä on sairastua iän myötä. Iän myötä ihmisessä tapahtuu erilaisia fysiologisia muutoksia, jotka vaikuttavat liikuntaharrastuksiin. Sydämen sykenopeus ja aerobinen kapasiteetti alenevat iän myötä riippumatta siitä, millainen fyysinen kunto yksilöllä on. Näiden lisäksi luusto haurastuu, nivelten liikelaajuudet pienenevät ja lihasten toimintakyky heikkenee. Liikunnalla katsotaan olevan suuri merkitys terveyden ylläpidossa ja vastaavasti taas sairaudet vähentävät liikunnan harrastamista. Tutkimusten mukaan korkeammin koulutetut liikkuvat enemmän kuin vähemmän koulutetut. Sukupuolten välillä on myös havaittu eroja, sillä ikääntyneet miehet harrastavat liikuntaa enemmän kuin ikääntyneet naiset. (Pohjolainen & Pitkälä 2006:3.)

Liikunnan pääterveystavoite ikääntyneille ei ole sairauksien ennaltaehkäisy vaan sairauksien ehkäisy ja hallinta, sillä useimmilla ikääntyneillä on pitkäaikaissairauksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 29). Professori Ilkka Vuori on todennut, että liikunnan merkityksen tiedostaminen iäkkäillä on kansainvälisestikin uusi asia. Liikunta saa ikääntyneellä aikaan samoja muutoksia kuin muun ikäisillä, mutta liikkumattomuus turmelee ikääntyneen terveyttä jopa nopeammin ja varmemmin kuin nuorella. (Soininen 2010.) Liikunta hidastaa lihaskatoa, lihasvoiman, -tehon ja -kestävyyden pienenemistä, luukatoa, aerobisen kestävyuden huononemista, notkeuden vähenemistä sekä tasapainon ja kävelykyvyn huononemista. Liikuntaharjoittelu vaikuttaa edullisesti myös kognitiivisiin toimintoihin. (Käypähoito 2010.) Fyysisen toimintakyvyn tärkeimpiä osa-alueita ovat lihasvoima, hapenottokyky, tasapaino, nivelliikkuvuus, havaintomotoriikka sekä kehon koostumus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 29).

Oikea kehon koostumus on tärkeää terveydentilan kannalta. Riittävä lihasmassa edistää sairauksista ja leikkauksista toipumista, tätä voi edistää kuntosaliharjoittelulla. Luun tiheys on tärkeää murtumien ehkäisyssä. Luun tiheyttä voi kasvattaa hyppimällä ja suunnan muutoksia sisältävällä liikunnalla, pallopeleillä ja tanssilla. Sopiva rasvamassa toimii pehmusteena ja vararavintona. Liian suuri rasvamassa lisää painoa ja vaikeuttaa liikkumista, ylipainoon auttaa kaikki liikuntamuodot. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 30.)

län myötä tapaturmavaara kasvaa, sillä tasapaino heikkenee, kaatumisriski kasvaa ja reaktionopeus hidastuu. Liikunta ei missään nimessä estä vanhenemista, mutta edistää terveyttä ja toimintakykyä. (UKK-instituutti 2010.) Tasapaino on tärkeä kaatumisten ehkäisyssä. Tasapainoa voi harjoittaa kävelemällä erilaisissa maastoissa, tanssimalla, voimistelemalla ja pelaamalla liikuntapelejä. Havaintomotoriikka ehkäisee kaatumisia ja onnettomuuksia. Parhaiten tätä voi kehittää harrastamalla reagoivia liikuntamuotoja, pallopelejä tai tanssia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 29-30.) Tasapainoa edistävää liikuntaa tulisi olla kolme kertaa viikossa (Salminen 2009).

THL:n tekemän tutkimuksen mukaan vastanneista vain 5 % miehistä ja 4 % naisista harrasti liikuntaa WHO:n suositusten mukaisesti. Reipasta tai rasittavaa liikuntaa ei harrasteta riittävästi. Yleisempää on harrastaa ainoastaan verkkaista ja rauhallista liikuntaa, joka ei aiheuta hikoilua tai hengityksen kiihtymistä. Tasapainoharjoittelun vähimmäis-suositusta toteutti 75-79-vuotiaista miehistä 9 % ja naisista 14 %. Aiempaa harvemmat eläkeläiset miehet kävelevät ulkona vähintään neljästi viikossa. (Laitalainen ym. 2010: 19-20.)

4.3 Alkoholi ja tupakointi

Alkoholia ei suositella ikääntyneille ihmisille, sillä sen aiheuttamat terveysriskit ovat suurempia ikääntyneille kuin työikäiselle. Yksi alkoholiannos vastaa pientä pulloa olutta tai siideriä.

Ikääntyneille alkoholin suurentuneet terveysriskit johtuvat sairauksista ja lääkkeiden käytöstä. Alkoholin vaikutus voimistuu ikääntyneellä, koska hänellä on vähemmän vettä elimistössään. Alkoholi sisältää runsaasti energiaa, mutta ei suojaravintoaineita. Runsaasti alkoholia käyttävä ei muista huolehtia tarvittavasta monipuolisesta ravinnosta, alkoholi voi myös viedä häneltä ruokahalun. Pitkäaikaisesti alkoholia käyttäneiden ravitsemustilaa tulee kohentaa tehostetulla ravitsemushoidolla ja täydennysravintovalmisteilla. (Valtion ravitsemusneuvotte-lukunta 2010, 44-45.)

Tutkimusten mukaan alkoholia käyttävien ikääntyneiden ihmisten määrä on lisääntynyt ja vastaavasti raittiiden määrä vähentynyt viimeisten vuosikymmenten aikana Suomessa. Ikääntyneiden alkoholiongelmat ja näin ollen myös alkoholin käyttö on lisääntynyt. Alkoholin käyttörajoituksissa tulee ottaa aina huomioon yksilölliset erityispiirteet. Tämän vuoksi Yhdysvalloissa on kehitetty ikääntymiseen liittyvien erityispiirteiden pohjalta ikääntyneille omat alkoholin käytön riskirajat, jotka myöhemmin on otettu käyttöön myös Suomessa. Näin ollen 65 vuotta täyttäneiden riskiraja on enintään seitsemän annosta alkoholia viikossa ja enintään kaksi annosta kerralla. Alkoholin liiallinen käyttö on todettu olevan yhteydessä muun muassa heikentyneeseen toimintakykyyn, sepelvaltimotautiin, eräisiin syöpätauteihin, maksakirroosiin, haimatulehdukseen, kaatumisiin, tapaturmiin ja kuolleisuuteen. Alkoholilla on kuitenkin todettu olevan myös eräisiin verisuoniperäisiin tauteihin ehkäisevä vaikutus, silloin kuin käyttö on vähäistä tai kohtuullista. Tutkimusten mukaan naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt vuosien aikana enemmän kuin miesten. Toisaalta kuitenkin on otettava huomioon se, että miesten alkoholinkäyttö on ollut pari vuosikymmentä sitten huomattavasti naisia suurempaa. (Sulander 2009:157-159.) Tutkimusten mukaan alkoholin käytöllä ja subjektiivisella hyvinvoinnilla on yhteyksiä. Matalalla mielialalla ja yksinäisyydellä on todettu olevan vaikutusta alkoholin käyttöön erityisesti naisilla. (Sulander, Karisto, Haarni & Viljanen 2009:23.)

EVTK tutkimuksen mukaan raittiiden eläkeläisten määrä on pienentynyt 24 vuoden aikana. Vähintään kerran viikossa alkoholia juovien eläkeläisten osuus on selvästi kasvanut vuodesta 1993 vuoteen 2009, osuus oli korkeammin koulutetuilla suurempi kuin muilla. (Laitalainen ym. 2010.) Vuosien 1985 ja 2009 välisenä aikana 65-79 -vuotiaiden miesten vähintään kahdeksan alkoholiannoksen viikkokulutus on yleistynyt. 75-84 -vuotiaiden naisten vähintään viiden alkoholiannoksen viikkokulutus on pysynyt harvinaisena. (Laitalainen ym. 2010: 17-18.)

Tupakoinnin tiedetään vaikuttavan koko kehoon ja vahingoittavan koko elimistöä. Tutkimusten mukaan tupakointi lyhentää elämää keskimäärin kahdeksan vuotta. Syöpäkuolemista joka kolmas, ja sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksista joka viides on tupakan aiheuttamia. Tupakoinnin vähemmän tunnettu terveyshaitta on luiden haurastuminen. (Patja 2011.) Eläkeikäisten miesten päivittäistupakointi on vähentynyt voimakkaimmin yli 70-vuotiailla. Naimattomat ja eronneet tupakoivat enemmän kuin naimisissa olevat ja lesket. Päivittäin tupakoivi-

en eläkeläisten polttamien savukkeiden määrä on vähentynyt. (Laitalainen ym. 2010: 14.)
Keuhkohtaumatauti on tupakan aiheuttama tauti. Se on hitaasti etenevä, pääosin korjaantumaton hengitysteiden ahtauma jossa keuhkojen uloshengitysvirtaus on hidastunut. (Patja 2011.)

Tupakointi vaikuttaa verenkiertoelimistöön muun muassa heikentämällä valtimoiden pinta-
tasolukoiden toimintaa ja nostamalla veren kolesterolipitoisuutta. Tupakan nikotiinilla on verisuonia supistava vaikutus, joka aiheuttaa perifeeristen verisuonien supistumista sekä hetimitäisen kohonneen verenpaineen. Tupakointi supistaa sepelvaltimoita, heikentää punasolujen hapenkuljetuskapasiteettia, nopeuttaa veren hyytymisreaktiota ja lisää rytmihäiriöalttiutta. Tupakoinnin määrälle ei ole asetettu turvarajaa, sillä jokainen poltettu savuke supistaa verisuonia, kiihdyttää sydämen sykettä, lamauttaa värekarvoja sekä ärsyttää limakalvoja ja ruokatorvea. (Patja 2010.) Tupakoinnin aiheuttamat terveyshaitat syntyvät usein hitaasti, mutta savu vaikuttaa elimistöön myös välittömästi tupakointihetkellä. Vähäinenkin tupakointi (alle viisi savuketta päivässä) kaksinkertaistaa valtimotautivaaraa. (Suomen sydänliitto ry 2011.)

4.4 Sosiaalinen verkosto

Vuorovaikutussuhteiden kautta ikääntynyt pystyy vaikuttamaan ympäristöönsä ja ottamaan siitä vaikutteita. Sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan yksilön olemassa olevia ihmissuhteita ja niiden rakenteita. Sosiaalisilla rakenteilla tarkoitetaan muun muassa verkoston kokoa, tiheyttä, suhteiden läheisyyttä sekä kontaktin tiheyttä ja laatua. Kaikki ihmiset tarvitsevat läheisyyttä, turvaa ja rakkautta ja omien kiinnostuksen kohteiden jakaminen lisää yhteenkuuluvuuden tarvetta. Ikääntyneelle ihmiselle arvostuksen kokeminen saattaa olla hyvin tärkeää hänen hyvinvointinsa kannalta. Sosiaalisen verkoston kokoon vaikuttavat monet tekijät, kuten esimerkiksi ikä, sukupuoli, siviilisääty ja koulutus. Tutkimusten mukaan ikääntyneiden sosiaalisen verkoston koko on keskimäärin noin 5-7 henkeä. Mahdolliset muutokset verkoston koossa näyttäisivät lisääntyvän iän lisääntyessä, usein myös ihmissuhteet saavat uusia merkityksiä. Tavallisesti muutoksia syntyy siinä, kun ikääntyneet menettävät ikäisiään ystäviä mutta toisaalta taas perheenjäsenten määrä saattaa lisääntyä. Hyvä sosiaalinen asema ja koulutus vaikuttavat myönteisesti sosiaalisten suhteiden luomiseen ja niiden ylläpitoon. (Lyyra ym. 2007: 70-71.)

Sosiaalisten suhteiden merkitystä terveyteen on tutkittu ja on todettu että hyvä sosiaalinen verkosto ja sosiaaliset suhteet edistävät terveyttä ja suojaavat riskeiltä, niiden on myös todettu vaikuttavan sairastumiseen ja sairauden kestoon. Sosiaalinen aktiivisuus vaikuttaa ikääntyneen kokemukseen omasta terveydestään positiivisesti ja pienentävät esimerkiksi masennukseen sairastumisen riskiä. Ikääntyminen aiheuttaa erilaisia muutoksia ihmisen tervey-

dessä, jotka saattavat vaikuttaa aktiivisuuteen sosiaalisissa suhteissa. (Lyyra ym. 2007: 72-73.)

Vanhuuteen yhdistetään helposti ajatus yksinäisyydestä ja nykypäivänä mediassa puhutaan paljon iäkkäiden yksinäisyysongelmista. Elämän aikana eteen tulleet muutokset, menetykset ja luopumiset saattavat altistaa yksinäisyyden tunteelle. (Tiikkainen 2006:97-99.) Yksinäisyyden käsitettä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Yksinäisyyden voidaan ajatella koostuvan emotionaalisesta ja sosiaalisesta yksinäisyydestä. Sosiaalinen yksinäisyys käsittää puutteelliset vuorovaikutussuhteet, joiden vuoksi ihminen kokee olevansa yksin. Emotionaaliseen yksinäisyyteen taas kuuluu suru ja masennus ja se rakentuu kielteisille kokemuksille. Tutkimusten mukaan noin 10 % ikääntyneistä kokee yksinäisyyttä usein tai aina. Tärkeimpiä tekijöitä, jotka voidaan liittää yksinäisyyden kokemiseen, ovat masentuneisuus, leskeys, yksin asuminen, huonoksi koettu terveys ja alentunut toimintakyky. On todettu, että yksinäiset ihmiset osallistuvat ei yksinäisiä ihmisiä harvemmin erilaisiin tapahtumiin ja tilaisuuksiin. (Pohjolainen, Ponsi & Pulkkinen 2010: 207-209.)

EVTK tutkimuksen mukaan 75 -vuotiailla itsensä yksinäiseksi kokeminen on hieman yleisempää kuin nuoremmilla eläkeläisillä. Leskimiehistä viidennes ja leskinaisista joka kymmenes koki itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti. Miehistä 59 % ja naisista 66 % tapaa ystäviään tai sukulaisiaan vähintään kerran tai pari viikossa. 65 % miehistä ja 87 % naisista puhuu puhelimesta ystävien tai sukulaisten kanssa vähintään kerran tai pari viikossa. Lähes puolet miehistä ja naisista pitivät yhteyttä ystäviin tai sukulaisiin Internetin kautta. Kirjeitse näin teki alle kolmannes miehistä ja reilu puolet naisista. (Laitalainen ym. 2010: 23-24.) Suomalaisten eläkeläisten suosituin kodin ulkopuolinen harrastus on vierailu ystävien luona. Tätä harrasti EVTK:n tutkimukseen osallistuneista miehistä 64 % ja naisista 68 %. (Laitalainen ym. 2010: 24.)

Ikääntyneen sosiaalinen verkosto muodostuu niistä vuorovaikutussuhteista, joiden kautta he säilyttävät sosiaalisen identiteettinsä, solmivat uusia sosiaalisia kontakteja sekä saavat sosiaalista tukea. Vanhuksen sosiaalinen verkosto koostuu kaikista hänen vuorovaikutusverkostoistaan, osa näistä muodostaa hänelle tukiverkoston. Sosiaalinen tukiverkosto koostuu yksityisestä ja julkisesta tukiverkostosta. Vanhuksen terveyden ja toimintakyvyn yksi tärkeimmistä asioista on hyvin toimiva sosiaalinen verkosto. Vanhuksen selviytymistä tukevat perheen sosiaaliset suhteet ja niiden toimivuus. Hyvin toimiva sosiaalinen verkosto vähentää stressiä ja vastoinkäymisiä ja suojaa myös esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksilta. Tärkeimpiä ihmissuhteita ovat usein suhteet omiin lapsiin. (Vanhusten toimintakyvyn tukeminen taidolla ja laadulla 2011.)

4.5 Miesten ja naisten väliset terveyserot

Miesten ja naisten välisiä terveyseroja on jonkin verran havaittavissa eri ikäluokissa, jotka ovat selitettävissä muun muassa sukupuolten välisten erilaisten elämäntapojen kautta. Iän lisääntyessä riski erilaisten sairauksien puhkeamiselle kasvaa ja sukupuolten välillä on selvästi havaittavissa kullekin ryhmälle tyypillisiä sairauksia ja vaivoja. Sairastavuuden ja toimintakyvyn rajoitusten väliset sukupuolierot ovat usein pienet. Miehet joutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle yleisemmin kuin naiset. Miesten ja naisten kokemassa terveydessä ja pitkäaikaissairastavuudessa ei ole juurikaan eroa. Pitkäaikaissairaiden osuus naisilla ja miehillä on lähes yhtä suuri. Naisilla on enemmän tuki- ja liikuntaelimistön sairauksia, kun taas miehet sairastavat enemmän verenkiertoelimistön sairauksia. Naiset sairastavat enemmän masennusta ja monia muita psyykkisiä ja psykosomaattisia oireita. Ikääntymisen myötä naisilla esiintyy enemmän vaikeuksia liikkumisessa ja voimaa vaativissa toiminnoissa, kun miehillä taas esiintyy vaikeuksia esimerkiksi puheen kuulemisessa. (Martelin, Koskinen & Lahelma 2005.)

Miesten ja naisten välinen kuolleisuusero on Suomessa edelleen suuri (Koskinen 2004). Alkoholin käytön ja tupakoinnin on arvioitu selittävän noin puolet miesten ja naisten elinajanodotteiden erosta (Martelin ym. 2005). Miesten ylikuolleisuus naisiin verrattuna vanhemmilla ikäryhmillä johtuu suurelta osin sepelvaltimotaudista. Myös alkoholiin liittyvät taudit, alkoholimyrkytykset, keuhkosityöpä ja itsemurhat ovat tärkeitä miesten ylikuolleisuuden aiheuttajia. (Koskinen 2004.) Miesten ylikuolleisuus johtuu myös siitä, että he ovat tupakoineet ja käyttäneet alkoholia enemmän kuin naiset. Nämä sukupuolierot ovat kuitenkin supistuneet, joten voidaan olettaa, että sukupuolten välinen kuolleisuusero edelleen pienenee. (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi 2005.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Korsossa kotona ilman kotihoitoa asuvien 75 vuotta vuonna 2011 täyttäneiden terveyskäyttäytymistä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Vantaan Seniorineuvolan toimintaa. Opinnäytetyön tulokset auttavat seniorineuvolan työntekijöitä kohdistamaan ohjauksen tehokkaasti terveystapaamisissa.

Opinnäytetyössä haetaan vastausta kysymyksiin:

1. Minkälaisia ovat Korsossa kotona asuvien 75 vuotta vuonna 2011 täyttäneiden ikääntyneiden ravinto- ja liikuntatottumukset?
2. Kuinka paljon ikääntyneet tupakoivat ja käyttävät alkoholia?
3. Minkälaisia ovat ikääntyneiden sosiaaliset verkostot?
4. Minkälaisia terveysriskejä on 75 -vuotiailla?
5. Millä tavalla naisten ja miesten terveyskäyttäytyminen eroaa toisistaan?

6 Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen

6.1 Korso ikääntyneen elinympäristönä

Vantaalla voimakkaimmin kasvaa eläkeikäisen väestön osuus, ja työikäisen väestön osuus vähenee, mutta muutoksista huolimatta väestön määrä lisääntyy ennustekauden loppuun mennessä kaikissa ikäryhmissä. Vantaalla työikäisiä on ei-työikäisiin nähden enemmän kuin maassamme keskimäärin. (Vantaan kaupunki 2010a: 18.) Vantaan väestö on Suomen nopeimmin ikääntyvää. Vantaalaisten vanhusten taloudellinen asema on kuitenkin valtakunnallisesti verrattuna hyvä. Vantaalla ikääntyneiden palvelujen laatusuosituksen tavoitteet vuodelle 2012 ovat osittain toteutuneet jo nyt. (Vantaan hyvinvointikatsaus 2007:5.)

Vantaalla seniorit käyttävät samoja palveluja kuin kuntalaiset yleensä käyttävät. Näiden lisäksi ikääntyneille on suunnattu myös avoimia palveluja, kuten aikuisopiston seniorikurssit, ikäihmisten liikuntaryhmät ja kirjaston senioripalvelut. (Vantaan kaupunki 2011a.) Ikääntyneille on järjestetty monipuolisia harrastusmahdollisuuksia kunnan kuin myös kolmannen sektorin järjestämänä. Harrastusmahdollisuuksiin kuuluu elinikäinen oppiminen, liikunnan ja kulttuurin harrastaminen sekä vireä järjestöelämä. Ikääntyneiden terveyserojen kasvu sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien lisääntyminen ovat terveydentilan haasteita. Ikääntyneiden medikalisaatio on myös yksi terveydentilan haaste. Lääkehoidolla saadaan apua useimpiin sairauksiin, mutta tarpeetonta käyttöä tulisi välttää. Lääkehoidolla ei poisteta oireita, jotka eivät alkuperältään ole lääketieteellisiä. Nämä terveydentilan haasteet vaativat uusien työmuotojen kehittämistä, eikä yksilötyö riitä kattamaan kasvavia palvelutarpeita. Ennaltaehkäisevät ja korjaavat yhteisöllisyyteen perustuvat palvelut voivat olla ratkaisu ongelmaan. Ikääntyneiden kotona asumista tuetaan monin eri tavoin ja pitkäaikaishoitoshoittoa pyritään vähentämään. Uutta teknologiaa hyödynnetään ikääntyneiden palveluissa yhä enemmän. ”Vantaan väestön ikääntyminen tullaan huomioimaan kaikilla kaupungin toimialoilla, jotta ikäihmiset saavat ansaitsemansa kohtelun arvokkaina kuntalaisina. Vantaa on hyvä paikka ikääntyä, sillä Vantaalla kannetaan yhteinen vastuu hyvästä Vanhuudesta.” (Vantaan hyvinvointikatsaus 2007:5,10.)

Korson suuralue käsittää kokonaisuudessaan Itä-Vantaan pohjoisosan ja siihen kuuluu yhdeksän kaupunginosaa: Matari, Korso, Mikkola, Metsola, Leppäkorpi, Jokivarsi, Nikinmäki, Vierumäki ja Vallinoja. Korson suuralueella asuu 28 988 asukasta (1.1.2011) ja kasvu näyttää väestöennusteen mukaan jatkuvan. Systemaattinen rakentaminen Korsossa alkoi 1970-luvulla ja rakentamistahti on ollut senkin jälkeen vilkasta. Korso on suurimmassa määrin asuinalueetta ja asuinrakennuksia hallitsevat pientalot ja kerrostalot. (Vantaan kaupunki 2011b.) Suurin osa yli 65-vuotiaista yksin kotona asuvista asuu kerrostaloissa (Vantaan hyvinvointikatsaus 2007:10).

Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat Vantaan Korsossa kotona ilman kotihoitoa asuvat 75 vuotta vuonna 2011 täyttävät ikääntyneet. Alueella asui 105 75 vuotta täyttävää henkilöä vuonna 2010 (Vantaan kaupunki 2010b). Vantaalla tehdyssä tutkimuksessa on havaittu, että 91 % 75-vuotiaista asuu itsenäisesti kotona (Vantaan hyvinvointikertomus 2008).

6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankkiminen

Opinnäytetyö toteutettiin hyödyntämällä määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmetodia. Menetelmän avulla voitiin selvittää lukumääriä ja prosenttiosuuksia. Aineistonkeruussa käytettiin lomaketta, jossa oli valmiit vastausvaihtoehdot. Menetelmän käyttäminen edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Tuloksia voi havainnollistaa kuvioin ja taulukoin. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan kartoittaa olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2008: 16.)

Hyvässä kyselylomakkeessa alkuun on sijoitettu helppoja kysymyksiä, jotka herättävät vastaajan mielenkiinnon. Tekstin tulee olla hyvin aseteltu, ettei paperi ole ahdettu liian täyteen. Vastausohjeiden tulee olla selkeitä ja yksiselitteisiä. Samaa aihetta koskevat kysymykset on hyvä ryhmitellä kokonaisuuksiksi, joilla on selkeät otsikot. Lomakkeen tulisi olla helppo syöttää ja käsitellä tilasto-ohjelmalla. (Heikkilä 2008: 48-49.)

Opinnäytetyö toteutettiin postikyselynä, koska kohderyhmä oli niin suuri ja kyselylomake pitkä, eikä sitä tämän vuoksi olisi voitu toteuttaa puhelinhaastatteluna. Kysely olisi ollut mahdollista myös toteuttaa sähköisenä, mutta uskoimme saavamme kohderyhmän tavoitettua paremmin postitse. Seniorineuvolan työntekijä otti vastuun kyselylomakkeiden lähettämisestä ja vastaanottamisesta. Hän oli ainoa joka selvitti otosryhmän henkilö- ja osoitetiedot ja opinnäytetyön tekijät saivat käyttöönsä vain palautuneet nimettömät kyselylomakkeet.

Kysely lähetettiin kaikille Korsossa kotona ilman kotihoitoa asuville 75 -vuotta vuonna 2011 täyttäneille. Kyselylomakkeena käytettiin Terveiden ja hyvinvointilaitoksen Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys - lomaketta, muunneltuna sopivaksi opinnäytetyön tarkoitukseen. Lupa lomakkeen käyttämiseen saatiin 25.1.2011 sähköpostitse Satu Helakorvelta, joka on ollut toteuttamassa kyseistä kyselyä. Alkuperäinen kyselylomake käytiin läpi ja opinnäytetyön kyselylomakkeeseen valittiin vain ne kysymykset, jotka käsittelevät terveydentilaa ja joiden tulokset antaa vastauksia opinnäytetyön kysymyksiin. (Taulukko 1.)

Kyselylomakkeen kysymykset 1-7, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 23, 24, 27-29, 31 ovat alkuperäisiä, 7- 9, 11, 13, 22, 25 ja 30 ovat osittain muokattuja ja 10, 15, 18, 19, 26 ovat opinnäytetyön tekijöiden laatimia. Suurin osa alkuperäisistä kyselylomakkeen kysymyksistä vastasi hyvin opinnäytetyön tarpeita ja niiden avulla saadaan hyvin vastaukset haluttuihin kysymyksiin. Ky-

symyksiä, joita on osittain muokattu, olivat alun perin liian laajoja tai selvitti opinnäytetyön kannalta tarpeettomia asioita. Lisäksi kyselylomakkeeseen laadittiin tarkentavia kysymyksiä, jotta opinnäytetyön kysymyksiin saatiin tarvittavia vastauksia.

Taulukko 1. Kyselylomakkeen vastaavuus opinnäytetyön kysymyksiin.

Opinnäytetyössä haetaan vastausta kysymykseen	Kyselylomakkeen kysymys
1. Minkälaisia ovat Korsossa kotona asuvien 75 vuotta vuonna 2011 täyttäneiden ikääntyneiden ravinto- ja liikuntatottumukset?	10-19, 30-31
2. Kuinka paljon ikääntyneet tupakoivat ja käyttävät alkoholia?	20-25
3. Minkälaisia ovat ikääntyneiden sosiaaliset verkostot?	26-29
4. Minkälaisia terveysriskejä on 75 -vuotiailla?	8,9,
5. Millä tavalla naisten ja miesten terveyskäyttäytyminen eroaa toisistaan	Tulosten analysointi vaiheessa saadaan vastaus kaikkien kysymysten pohjalta tähän kysymykseen

Taulukossa on eriteltynä kyselylomakkeen kysymykset, joista saadaan vastaukset opinnäytetyössä haettaviin kysymyksiin. Kysymykset 1-7 ovat taustakysymyksiä, joita hyödynnetään aineistoanalyysissä.

6.3 Aineiston analyysi

Kyselylomakkeita lähetettiin 100 kappaletta ja tiedonkeruajan päätyttyä niistä oli palautunut 58 kappaletta. Aineistoanalyysin ensimmäisessä vaiheessa syötettiin kerätyt vastaukset PASW- tilasto-ohjelmaan, jonka avulla aineisto saatiin analysoitua ja se mahdollisti erilaisten taulukoiden ja graafisten kuvioden muodostamisen tuloksista. Ensimmäiseksi ohjelmaan syötettiin kyselylomakkeen kysymykset. Osa kysymyksistä sisälsi niin monta eri vaihtoehtoa ja lisäkysymystä, että niiden syöttäminen ohjelmaan tuotti hankaluuksia. Kysymys 24 oli kaikista vaikein saada sellaiseen muotoon, että se saatiin syötettyä ohjelmaan, sillä siinä kysyttiin niin monta asiaa kerralla. Kysymys jouduttiin pilkkomaan kolmeen osaan, joista yhdessä käsiteltiin liikunnan laatua, toisessa liikunnan määrää päivinä ja kolmannessa sen kestoa minuutteina. Vastaukset piti muuttaa minuuteiksi ennen kuin ne voitiin syöttää ohjelmaan. Tulosten käsittelyssä aika muutettiin takaisin tunneiksi ja minuuteiksi. Työn tuloksiin tarvittiin tieto vastaan-

neiden painoindeksistä ja päivän aterioiden määrästä, joka jouduttiin lisäämään kysymyksiin jälkikäteen.

Kyselylomakkeen kysymysten syöttämisen jälkeen alkoi kyselylomakkeiden vastausten syöttäminen ohjelmaan. Jokaisen kyselylomakkeen vastaukset syötettiin ohjelmaan yksi kerrallaan. Hankaluuksia siinä tuotti se, että monet vastaajat eivät olleet vastanneet kyselylomakkeen kaikkiin kysymyksiin tai olivat jättäneet samassa kysymyksessä osaan vaihtoehtoista vastamatta. Kysymyksessä 11, jossa tiedusteltiin käytettävän rasvan laatua ja pyydettiin valitsemaan vain yksi vaihtoehtoista, jouduttiin vastauksista 17 kappaletta hylkäämään, koska he olivat valinneet useamman vaihtoehdon. Liikunnan laatua ja määrää tiedusteleavassa kysymyksessä 24, niin ikään moni oli vastannut vain osaan kysymyksistä ja esimerkiksi jättäneet laskematta viikoittaisen liikunnan määrän ajassa mitattuna.

Tulosten kuvaamisessa käytettiin frekvenssejä ja prosentteja. Alun perin tarkoituksena oli hyödyntää kyselylomakkeen taustakysymyksiä ristiintaulukoinnissa. Taustamuuttujista pystyttiin hyödyntämään vain vastaajien sukupuolta. Vastaajien määrän ollessa pieni, ei ristiintaulukoinnilla saatu merkittäviä tuloksia muiden muuttujien kohdalla. Ristiintaulukoinnilla yritettiin selvittää alkoholin käytön vaikutusta ruokatottumuksiin ja siviilisäädyn vaikutusta yksinäisydentunteeseen. Ongelmana oli se, että vastaukset jakautuivat taulukossa liian laajasti, jolloin yksittäinen tulos oli vain yksi tai kaksi vastaajaa. Ristiintaulukoimalla saatiin tuloksia naisten ja miesten eroista alkoholin käytön, tupakoinnin, ruokailutottumusten, liikunnan määrän, sosiaalisen verkoston, oireiden ja terveysriskien väliltä.

7 Tulokset

7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 100 kappaletta, niistä 48 kappaletta lähetettiin naisille ja 52 kappaletta miehille. Määräaikaan mennessä kyselylomakkeita palautui 58 kappaletta. Vastanneista naisia oli 32 ja miehiä 26. Vastanneista 40 (69 %) oli naimisissa tai avoliitossa ja 11 (19%) oli jäänyt leskeksi. Vain muutama vastanneista oli asumuserossa, eronneet tai naimattomia. Kyselyyn vastanneista 38 (65 %) asui kahdestaan avo- tai aviopuolison kanssa ja 19 (33 %) asui yksin. Alimpaan koulutusryhmään kuului 20 (35 %) vastaajaa, eli heillä oli koulutusta vähemmän kuin yhdeksän vuotta. Vähintään 12 vuotta koulutusta saaneita oli 11 (19 %). Vastausten perusteella ei havaittu koulutuksen määrässä suuria eroja naisten ja miesten välillä. Vastanneista yli 35 (60 %) koki terveydentilansa melko hyväksi, 12 (21 %) koki terveytensä hyväksi ja 11 (19 %) huonoksi. Naisten ja miesten välillä ei ollut mainittavia eroja terveydentilan kokemisessa. Suurin osa vastaajista oli normaalipainoisia tai lievästi ylipainoisia ja viisi

(8,5%) vastaajaa kärsi vaikeasta ylipainosta. Vastaajista yhdeksällä (15%) painoindeksi oli alle 24. Normaalipainon rajoissa oli 35 (60%) vastaajaa.

7.2 Ravinto- ja liikuntatottumukset

Selvitettäessä kohderyhmän ravitsemus- ja liikuntatottumuksia selvisi, että yli kaksi kolmasosaa (n=41) vastaajista söi 4-5 ateriaa päivän aikana ja kolme ateriaa söi reilu viidennes (n=13) vastaajista. (Taulukko 2). Vastaajista lähes kaikki (n=55) ilmoitti syövänsä aamupalan, lounaan söi 47 (81%), välipalan söi 51 (88%), päivällisen söi 52 (90%) ja iltapalan söi 48 (83%).

Taulukko 2. Päivittäin syödyt ateriat: aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala.

Aterioiden määrä päivässä	Naiset n=31	%	Miehet n=25	%	Yht. N=56
5	9	29	11	44	20
4	14	45	7	28	21
3	8	26	5	20	13
2	0	0	2	8	2
1	0	0	0	0	0
Yhteensä	31	100	25	100	56

Vastaajista puolet (n=29) käytti enimmäkseen kasvirasvaa, voita käytti vain neljä (7 %) vastaajaa. Vastaajista 38 (66%) ilmoitti juovansa 1-2 lasillista maitoa päivässä, ja viisi (9 %) vastaajaa ilmoitti ettei juo maitoa lainkaan. Rasvatonta maitoa käytti kolmasosa (n=18) ja kevytmaitoa vajaa neljäsosa (n=22). Naiset käyttivät enemmän rasvatonta maitoa ja miehet kevytmaitoa. Piimää joi yhden lasin päivässä 12 (20 %) vastaajaa. Vastaajista 39 (67%) käytti vähärasvaisempaa juustoa ja rasvaista juustoa käytti 12 (20 %) vastaajaa. Vastaajista 34 (59 %) käytti juustoa 2-3 siivua päivässä.

Vihanneksia tai juureksia viimeksi kuluneen viikon aikana ilmoitti syöneensä 6-7 päivänä alle puolet (n=25). Ainoastaan yksi vastaaja ei ollut syönyt lainkaan vihanneksia tai juureksia kuluneen viikon aikana. Marjoja ja hedelmiä söi kuluneen viikon aikana 6-7 päivänä kolmannes (n=20) ja viisi vastaajaa (9 %) ei syönyt niitä lainkaan. (Taulukko 3.) Vihannesten, juuresten, marjojen ja hedelmien käytössä ei ollut mainittavia eroja naisten ja miesten välillä.

Taulukko 3. Vihannesten, juuresten, marjojen ja hedelmien käyttö viimeisen kuluneen viikon aikana.

Käytti viimeisen viikon aikana	En käyttänyt	1-2pv:nä	3-5pv:nä	6-7pv:nä	Yht.
Vihanneksia, juureksia	1 (2%)	15 (26%)	17 (29%)	25 (43 %)	N=58
Marjoja, hedelmiä	5 (9%)	20 (34,5 %)	13 (22%)	20 (34,5 %)	N=58

Alle puolet (n=28) vastaajista ilmoitti syövänsä lihaa 3-4 kertaa viikossa ja päivittäin lihaa söi 24 (41 %) vastaajaa. (Taulukko 4.) Lihan käytössä ei ollut mainittavia eroja naisten ja miesten välillä.

Taulukko 4. Lihatuotteiden käyttö.

Käyttää tavallisesti	Päivittäin	3-4 kertaa viikossa	Kerran viikossa	
Liha tuotteita	24 (41 %)	28 (48 %)	5 (9%)	N=57

D-vitamiinivalmistetta ilmoitti käyttävänsä kaksi kolmasosaa (n=38) vastaajista. Miehistä puolet ja naisista suurin osa ilmoitti käyttävänsä D-vitamiinilisää.

Vastaajista 23 (40 %) ilmoitti liikkuvansa vähintään puoli tuntia päivässä ja 24 (41 %) liikkui 2-6 kertaa viikossa. Tuloksista selviää, että naiset harrastavat miehiä enemmän liikuntaa. Naisista liikuntaa harrasti 2-6 kertaa viikossa puolet enemmän kuin miehistä. Päivittäin liikuntaa harrasti naisista 13 (43 %) ja miehistä 10 (40 %) vastaajaa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Liikunnan harrastaminen.

Harrastaa liikuntaa väh. 30min kerralla	Naiset n=30	%	Miehet n=25	%	yht. N=55
Päivittäin	13	43	10	40	23
4-6 kertaa viikossa	8	27	4	16	12
2-3 kertaa viikossa	8	27	4	16	12
Kerran viikossa	0	0	2	8	2
2-3 kertaa kuukaudessa	0	0	4	16	4
Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	0	0	0	0	0
En voi sairauden tai vamman takia ollenkaan kävellä	1	3	1	4	2
Yhteensä	30	100	25	100	55

Kysyttäessä viikoittaista liikuntamäärää (Taulukko 6) vastaajista yhdeksän ei harrastanut juuri mitään säännöllistä liikuntaa viikoittain. Vastanneista reilu puolet (n=34) harrasti viikoittain verkkaista ja rauhallista liikuntaa sekä ripeää ja reipasta liikuntaa harrasti 22(38 %) vastaajaa. Lihaskuntoharjoittelua teki 15 (26%) vastaajaa. Harvat vastaajista harrastivat viikoittain voimaperäistä ja rasittavaa liikuntaa tai tasapainoharjoittelua. Liikunnan määrä viikoittain vaihteli suuresti vastaajien kesken, yhdestä päivästä seitsemään päivään viikossa. Keskimääräisesti liikuntaa harrastivat enemmän naiset kuin miehet.

Taulukko 6. Säännöllinen viikoittain toistuva fyysinen rasitus, joka kestää vähintään 10 minuuttia kerrallaan.

Fyysinen rasitus N=58	f	%
Ei juuri mitään	9	15,5
Verkkaista ja rauhallista	34	59
Ripeää ja reipasta Voimaperäistä ja rasittavaa	22 5	38 9
Lihaskuntoharjoittelua	15	26
Tasapainoharjoittelua	9	15,5

7.3 Alkoholin käyttö ja tupakointi

Alkoholia oli käyttänyt viimeisen 12 kuukauden aikana vastaajista (N=56) 40 (69 %) , näistä yli puolet oli miehiä. Niistä, jotka käyttivät alkoholia (N=44) 15 käytti alkoholia 1-2 kertaa kuukaudessa, 12 (21 %) ei käyttänyt joka päivä, mutta vähintään kerran viikossa ja 11 (19 %) käytti harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Neljä vastanneista ilmoitti käyttäneensä alkoholia päivittäin. (Taulukko 7.) Vastanneista miehet käyttivät alkoholia useammin kuin naiset.

Taulukko 7. Alkoholin käyttö.

Kuinka usein käytätte alkoholia?	Naiset n=19	%	Miehet n=25	%	yht. N=44
en koskaan	2	11	0	0	2
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	6	32	5	20	11
n. 1-2 kertaa kuukaudessa	5	26	10	40	15
en joka päivä, mutta vähintään kerran viikossa	5	26	7	28	12
joka päivä	1	5	3	12	4
Yhteensä	19	100	25	100	44

Edellisen viikon aikana olutta, long-drink juomia tai siideriä joi yhden pullon yhdeksän (16 %) vastaajaa ja 16 (28 %) vastaajaa ei juonut kyseisiä juomia lainkaan. Näitä juomia käyttivät miehet enemmän kuin naiset. Viiniä edellisen viikon aikana joi 1-2 lasia 11 (19 %) vastaajaa ja 18 (31 %) vastaajaa ei juonut viiniä lainkaan. Viinin juonnissa ei miesten ja naisten välillä ollut juurikaan eroja. Väkeviä alkoholijuomia edellisen viikon aikana joi 1-3 annosta 11 (19 %) vastaajaa ja 19 (33 %) vastaajaa ei juonut väkeviä lainkaan. Väkevien juomien nauttimisessa miesten käyttömäärät olivat huomattavasti suuremmat kuin naisten. Vastaajista 26 (45 %) oli juonut edellisen viikon aikana enintään 7 annosta ja 26 (45 %) vastaajaa ei ollut juonut lainkaan alkoholia kuluneen viikon aikana. Suurin viikkoannos oli 18 annosta alkoholia. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Viimeisen viikon aikana käytetyt alkoholijuomat.

Annokset	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11 tai enemmän	
Olutta, long-drink juomia tai siideriä	14	3	1	1	0	1	N=35
Viiniä	11	2	4	0	0	0	N=35
Väkevää alkoholia	7	5	1	0	1	0	N=33

Tupakan käyttöä koskevista kysymyksistä selvisi, että vastanneista 34 (59 %) ei ole koskaan tupakoinut päivittäin vähintään yhtä vuotta (Taulukko 9). Tupakointi vuosista kysyttäessä vastausväli vaihteli 1-60 vuoteen, suurin osa vastanneista oli polttanut 10-40 vuotta. Vastajat polttivat tupakkaa keskimäärin 10 savuketta päivässä, mutta vaihteluväli oli kuitenkin kahdesta savukkeesta 30 savukkeeseen päivässä.

Taulukko 9. Tupakoinnin historia.

Oletteko tupakoineet?	Naiset n=32	%	Miehet n=26	%	Yht. N=58
en	24	75	10	38	34
olen	8	25	16	62	24
Yhteensä	32	100	26	100	58

Tällä hetkellä yksi vastanneista tupakoi päivittäin ja kolme satunnaisesti, nämä olivat kaikki miehiä (Taulukko 10). Vastauksien perusteella miehet tupakoivat enemmän ja keskimäärin myös pidempään kuin naiset.

Taulukko 10. Tupakointi tänä päivänä.

Tupakoitteko nykyisin?	Naiset n=26	%	Miehet n=24	%	Yht. N=50
kyllä	0	0	1	4	1
satunnaisesti	0	0	3	13	3
en lainkaan	26	100	20	83	46
Yhteensä	26	100	24	100	50

7.4 Sosiaalinen verkosto

Vastaajista 26 (45 %) ilmoitti mielialansa olevan kohtalainen ja 11 (19 %) vastaajaa koki mielialansa hieman alakuloiseksi. Hyväksi mielialansa koki 19 (33%) vastaajaa. Useampi mies koki

mielialansa hyväksi. Vastanneista 19 (33 %) ei tuntenut itseään koskaan yksinäiseksi ja 19 (33 %) vastaajaa tunsivat itsensä yksinäiseksi hyvin harvoin. Joskus itsensä yksinäiseksi koki 15 (26 %) vastanneista. Vastaajista naiset tunsivat itsensä joskus tai melko usein yksinäiseksi huomattavasti enemmän kuin miehet. Sosiaalisesta verkostosta kysyttäessä vastaajat olivat yhteydessä eniten ystäviin tai sukulaisiin tapaamalla ystäviään kasvokkain tai puhumalla heidän kanssaan puhelimesta. Vastaajat pitivät harvemmin yhteyttä ystäviin tai sukulaisiin Internetin välityksellä tai kirjeitse. Vastaajista 20 (35 %) tapasi ystäviään kerran tai pari viikossa, 15 (26 %) lähes päivittäin, 13 (22 %) kerran tai pari kuukaudessa ja 7 (12 %) harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Vastaajista 34% ei siis tapaa ystäviään viikoittain. Vastaajista ystävien tai sukulaisien kanssa puhelimesta puhui 27 (47 %) kerran tai pari viikossa ja 21 (36 %) lähes päivittäin. Naiset pitivät useimmin yhteyttä ystäviin ja sukulaisiin kuin miehet. (Taulukot 11 ja 12.)

Taulukko 11. Naisten yhteydenpito ystäviin tai sukulaisiin, jotka eivät asu heidän kanssaan samassa taloudessa.

Yhteydenpito	Lähes päivittäin	Kerran tai pari viikossa	Kerran tai pari kuukaudessa	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	En koskaan	
Tapaatte kasvokkain	9 (30%)	11 (37%)	7 (23%)	3 (10%)	0 (0%)	N=30
Puhutte puhelimesta	13 (43%)	17 (57%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	N=30
Pidätte yhteyttä Internetin välityksellä	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	3 (14%)	15 (71%)	N=21
Pidätte yhteyttä kirjeitse	0 (0%)	0 (0%)	2 (9%)	11 (48%)	10 (43%)	N=23

Taulukko 12. Miesten yhteydenpito ystäviin tai sukulaisiin, jotka eivät asu heidän kanssaan samassa taloudessa.

Yhteydenpito	Lähes päivittäin	Kerran tai pari viikossa	Kerran tai pari kuukaudessa	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	En koskaan	
Tapaatte kasvokkain	6 24%	9 36%	6 24%	4 16%	0 0%	N=25
Puhutte puhelimesta	8 35%	10 43%	3 13%	2 9%	0 0%	N=23
Pidätte yhteyttä Internetin Välityksellä	0 0%	1 6%	3 18%	3 18%	10 59%	N=17
Pidätte yhteyttä kirjeitse	0 0%	0 0%	0 0%	2 12,5%	14 87,5%	N=16

Suosituin kodinulkopuolinen harrastus jota harrasti 48 (83 %) vastaajaa oli vierailu kotiseudulla tai sukulaisten luona ja toiseksi yleisin harrastus oli mökkeily tai retkeily joita harrasti 32 (55 %) vastaajaa. Lähes puolet vastanneista harrasti matkustusta tai teatterissa, elokuvissa tai konserteissa käymistä. Harrastuksien määrässä ei miehillä ja naisilla ollut eroja, mutta he kuitenkin harrastivat erilaisia asioita. Miesten yleisimpiä harrastuksia olivat urheilutapahtumissa käynti, metsästys tai kalastus tai kodin- tai lastenhoito. Naisten yleisimpiä harrastuksia olivat seurakunnan toiminta, teatterissa, elokuvissa tai konserteissa käynti sekä mökkeily tai retkeily.

7.5 Miesten ja naisten väliset terveysriskit ja terveyskäyttäytyminen

Vastaajista 53:lta (91 %) oli mitattu verenpaine ja kolesterolia oli mitattu 40:ltä (69 %) vastaajalta (Taulukko 13). Tässä ei naisten ja miesten välillä ollut mainittavaa eroa.

Taulukko 13. Vuoden aikana tehdyt mittaukset.

Tehdyt mittaukset	Naiset	%	Miehet	%	Yht.
Kolesteroli N=56	21	42	19	44	40
Verenpaine N=57	29	58	24	56	53

Yleisimmät vastaajien kokemat oireet olivat nivelsärky, joista kärsi 34 (59%) vastaajaa ja selkävusta kärsi 31 (53%) vastaajaa. Miehet kärsivät useammin nivelsärystä ja naiset selkävusta tai -särystä. Vastaajista 21:llä (36%) oli jalkojen turvotusta ja unettomuudesta kärsi 19 (33%) vastaajaa. Ruoansulatusvaivoista kärsii 32 (55%) vastaajista. Naiset kärsivät miehiä useammin turvonneista jaloista, unettomuudesta ja muista ruoansulatusvaivoista. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Viimeisen kuukauden aikana esiin tulleet oireet/vaivat.

Oire/vaiva	Naiset	Miehet	Yht. N=58
Rintakipua rasituksessa	6	2	8 (14%)
Nivelsärkyä	13	21	34(57%)
Selkäkipua, selkäsärkyä	20	11	31(53%)
Päänsärkyä	6	5	11(19%)
Turvotusta jaloissa	15	6	21(36%)
Unettomuutta	14	5	19(33%)
Masentuneisuutta	3	5	8 (14%)
Huimausta	8	4	12(21%)
Ummetusta	6	4	10(17%)
Muita ruoansulatusvaivoja	13	9	22(38%)

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan naisten ja miesten välisiä terveystekijöiden ja terveyskäyttäytymisen eroja tuli esiin osassa vastauksista. Huomattavia eroja ei havaittu koulutuksessa tai koetussa terveydentilassa vastaajien kesken. Ruokailutottumuksissa havaittiin naisten syövä useampia aterioita päivässä kuin miehet. Naiset söivät päivän aikana vähintään kolme ateriala ja miehistä muutama vastaaja söi vain kaksi ateriala päivässä. Naiset käyttivät miehiä enemmän rasvatonta maitoa ja D-vitamiinilisää. Lihan, marjojen ja vihannesten käytössä ei ollut mainittavia eroja naisten ja miesten välillä. Liikuntaa harrastivat naiset enemmän kuin miehet, vaikka tutkimusten mukaan ikääntyneet miehet harrastavat liikuntaa enemmän kuin ikääntyneet naiset.

Alkoholin käytössä havaittiin eroja miesten ja naisten välillä. Vastanneista miehet käyttivät alkoholia useammin kuin naiset. Väkevien juomien nauttimisessa miesten käyttömäärät olivat huomattavasti suuremmat kuin naisten. Miehet käyttivät myös enemmän mietoja alkoholi-juomia kuin naiset. Suurin osa vastaajista oli joko lopettanut tupakanpolton tai eivät olleet

koskaan polttaneet. Vastaajista yksi ilmoitti polttavansa säännöllisesti ja kolme taas ilmoitti polttavansa satunnaisesti, näistä kaikki olivat miehiä.

Eroja havaittiin miesten ja naisten välillä kysyttäessä yksinäisyyden tunteesta, johon naiset vastasivat kärsivänsä yksinäisyydestä huomattavasti enemmän kuin miehet. Naiset pitivät kuitenkin yhteyttä sukulaisiin ja ystäviin enemmän kuin miehet. Kodin ulkopuolisten harrastuksien määrässä ei miehillä ja naisilla ollut eroja, mutta he kuitenkin harrastivat erilaisia asioita.

8 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys on kaikenlaisen tutkimisen perusta. Tutkimuksissa on aina otettava huomioon rehellisyys ja ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisarvon loukkaaminen on tutkimusta tehdessä kiellettyä, eivätkä tekijät saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 172.) Tutkimukseen osallistuvan tulee tietää, että vastaaminen on vapaaehtoista ja hän voi itse milloin tahansa lopettaa kyselyyn vastaamisen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 177). Vastaajien nimettömyys ja tunnistamattomuus on tärkeää, henkilötiedot eivät saa joutua koskaan ulkopuolisten käsiin. Otosta valittaessa tulee toimia oikeudenmukaisesti. Osohenkilöiden on valikoiduttava tasa-arvoisesti, ei-toivottuja tutkittavia ei saa sulkea otoksen ulkopuolelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 179.) Tässä opinnäytetyössä on erityisesti otettu huomioon rehellisyys ja ihmisarvon kunnioittaminen. Opinnäytetyötä tehdessä ei ole loukattu ihmisarvoa eivätkä tekijät ole syyllistyneet vilpin harjoittamiseen.

Opinnäytetyön tekoa varten pyydettiin tutkimuslupa Vantaan kaupungilta Vanhus- ja vammaispalvelujen johtajalta Matti Lyytikäiseltä. Opinnäytetyön missään vaiheessa ei voitu tunnistaa kyselyyn vastanneiden henkilöllisyyttä. Käytännössä tämä toteutui siten, että ainoastaan Seniorineuvolan henkilökunta käsitteli osohenkilöiden henkilötietoja ja postitti heille kyselylomakkeet. Kyselyyn vastattiin nimettömästi, joten tuloksista ei pystytty tunnistamaan yksittäisiä henkilöitä. Tulokset käsiteltiin asiaan kuuluvalla tavalla, eikä niitä käytetty väärin, vaan ainoastaan tässä työssä. Kun opinnäytetyö oli valmis, palautettiin kyselylomakkeet Seniorineuvolaan.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti kertoo, onko mitattu juuri sitä mitä oli tarkoituskin. Tulokset ovat yleistettävissä, jos otos edustaa tarpeeksi hyvin perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 152.) Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan soveltaa lähinnä vain kohderyhmään. Reliabiliteetti kertoo mittarin luotettavuudesta eli tulosten pysyvyydestä. Hyvällä mittarilla ei saada vain sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 152.) Opinnäytetyön reliabiliteettiin vaikuttaa se, että kyselylomakkeena on osittain

käytetty EVTK-tutkimuksen valmista kyselylomaketta. Lomakkeeseen on lisätty omia kysymyksiä, joita ei ole aikaisemmissa tutkimuksessa testattu.

Vastaamatta jättämistä kysely- ja haastattelututkimuksissa kutsutaan aineiston kadoksi. Kadon suuruus vaihtelee paljon. Haastattelututkimuksissa kato on normaalisti 5-10% kun taas postikyselyissä se voi olla jopa 40-50%. Kadon suuruuteen vaikuttaa monet asiat. Henkilökohtaisten haastattelumenetelmien kato on pienempi kuin esimerkiksi postikyselyinä toteutettujen kyselyjen. Suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa toteutettavasta tutkimuksesta saadaan siis täydellisempää aineistoa. Toinen katoon vaikuttava tekijä on tutkimuksen aihe. Ihmiset antavat mielellään tietoja sellaisista asioista, joita he pitävät mielekkäinä ja tärkeinä oman elämänsä kannalta. Yhdentekeviin tai etäisiin asioihin suhtaudutaan paljon varauksellisemmin. Vastaamishalukkuuteen vaikuttaa myös monet muutkin asiat, mutta niiden merkitys on kuitenkin huomattavasti pienempi kuin edellä mainittujen. (Alkula, Pönttinen & Ylöstalo 1994: 67.) Kato voidaan ottaa huomioon jo otoskokoa määriteltäessä. Katoanalyysillä voidaan arvioida vastaamatta jättäneitä. Vastaamatta jättämiselle on usein jokin syy sillä se harvoin on täysin sattumanvaraista. (Kvantitatiivinen tutkimus 2003: 24.)

Tuloksien analysointivaiheessa huomattiin ristiriitaa kysymysten 20 ja 21 vastausten välillä. Vastaajista 40 ilmoitti käyttäneensä alkoholia kuluneen vuoden aikana. Kysymykseen kuinka usein alkoholia käytettiin vastasi 44 vastaajaa. Näistä kaksi vastasi, ettei koskaan käytä alkoholia. Kysymyksessä 21 ensimmäinen vaihtoehto ”en koskaan”, oli tarpeeton ja se on mahdollisesti hämmentänyt vastaajia.

Kysymyksessä 11, jossa kysyttiin: ”Mitä rasvaa kotonanne käytetään enimmäkseen?” tuotti hankaluuksia tulosten analysointivaiheessa. Kysymykseen oli tarkoitus vastata vain yksi vaihtoehto, eli se rasvalaatu mitä käyttää enimmäkseen. Moni vastaajista oli kuitenkin valinnut useamman vaihtoehdon, jolloin emme voineet hyväksyä vastausta, vaan se täytyi jättää tyhjäksi. Kysymyksen tulokset eivät siis ole täysin luotettavia, koska jouduimme monen vastaajan kohdalla jättämään tämän kysymyksen tyhjäksi.

Kysymys 28, jossa kysyttiin: ”Kuinka usein olette yhteydessä ystäviinne tai sukulaisiinne, jotka eivät asu kanssanne samassa taloudessa?” tuotti myös vaikeuksia tulosten analysointivaiheessa. Kysymykseen oli usein vastattu puutteellisesti. Puutteellisia vastauksia pystyttiin kuitenkin hyödyntämään, mutta tulokset eivät ole kovin luotettavia koska vastaajat eivät olleet täyttäneet kysymyksen jokaista kohtaa. Muutama vastaaja oli myös vastannut taulukossa samalle riville kaksi kertaa. Yhteistä näissä kyseisissä vastauksissa oli se, että tuolloin heillä oli jäänyt vastaavasti yksi rivi tyhjäksi. Tämä voi johtua taulukon epäselvyydestä, jolloin rasti on vain vahingossa mennyt väärälle riville.

Kyselylomakkeen viimeiseen kysymykseen oli moni jättänyt vastaamatta, tai siihen oli vastattu puutteellisesti. Kysymys oli laaja ja vaati vastaajalta perehtymistä ja aikaa. Itse kysymyksen asettelu oli pitkä ja se sisälsi paljon kysymyksen vastaamiseen liittyviä ohjeita. Kysymyksen luotettavuuteen vaikuttaa se, että siihen on vastattu vaihtelevasti. Se ei myöskään anna luotettavaa tietoa liikunnan laadusta. Liikuntakysymysten vertailu ei anna luotettavaa tietoa.

9 Pohdinta

Kyselyyn jätti vastaamatta 42 ikääntynyttä. Syynä vastaamatta jättämiselle saattaa olla kyselylomakkeen pituus, postikyselymenetelmä tai silkka unohtaminen. Mielestämme opinnäytetyön tavoitteisiin päästiin kuitenkin kohtalaisen hyvin. Ainoastaan vastaajien vähyys vaikutti siihen, etteivät tulokset olleet aina kovin selkeitä ja erot saattoivat olla mitättömän pieniä.

Kyselylomakkeen syöttämisessä ja tulosten saannissa oli ongelmia. Kysely olisi ollut hyvä mahdollisuuksien mukaan esitestata pienellä otoksella, jotta olisimme voineet huomata kyselylomakkeen puutteet ja tehdä tarvittavat muutokset. Lomakkeen olisi voinut myös arvioittaa henkilöllä, joka on käyttänyt paljon PASW-ohjelmaa ja olisi mahdollisesti osannut kertoa meille tulevista haasteista tulosten syöttämisvaiheessa ja analysoinnissa. Kyselylomake olisi myös voitu syöttää ohjelmaan ennen kyselyn lähettämistä. Näin olisimme voineet muokata kyselylomaketta käytännöllisemmäksi ennen niiden postittamista otoshenkilöille.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Vantaan Seniorineuvolan toimintaa. Opinnäytetyön tulokset auttavat Seniorineuvolan työntekijöitä kohdistamaan ohjauksen tehokkaasti terveystapaamisissa. Miesten saapuessa terveystapaamiseen, tulisi heidän kohdallaan kiinnittää huomiota alkoholinkäyttöön ja mahdollisiin oireisiin/vaivoihin, kuten nivelsärkyihin. Naisten kohdalla taas tulisi kiinnittää huomiota yksinäisyyden tunteeseen, mahdollisiin oireisiin/vaivoihin, kuten selkäkipuun tai -särkyyn, turvonneisiin jalkoihin, unettomuuteen sekä ruoansulatusvaikeuksiin. Terveystapaamisissa tulisi sekä miesten että naisten kohdalla kiinnittää erityisesti huomiota ikääntyneen liikunnan määrään ja laatuun, sekä terveelliseen ruokavalioon.

9.1 Tulosten pohdinta

Selvitimme kyselylomakkeessa vastaajien pituutta ja painoa, joista laskimme jokaiselle vastaajalle painoindeksi. Ikääntyneen suositeltava painoindeksi on 24-29, jos painoindeksi putoaa alle 24, on se riski terveydelle. Ikääntyneeltä on tärkeää seurata painonmuutosta kerran kuussa. (Lyyra ym. 2007: 190.) Opinnäytetyön tulosten mukaan vastaajista yhdeksällä painoindeksi oli alle 24.

Tutkimusten mukaan virhe- ja aliravitsemuksella on todettu yhteys sairauksiin, toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemiseen (Suominen 2007: 351-352). Ikääntyneen päivittäisen ateriaritmin tulisi olla säännöllinen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005). Tämän opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että kaksi kolmasosaa vastaajista söivät säännöllisesti 4-5 ateriaa päivässä. Tämä on mielestämme hyvä tulos ottaen huomioon sen, että ruokahalu pienenee iän myötä. Kuitenkin vastaajista yksi kolmasosa ilmoitti syövänsä vain 2-3 ateriaa päivässä. Vaikka suurin osa vastaajista söi hyvin, kuitenkin liian monella aterioiden määrä jäi vähäiseksi.

Rasvan käyttöä selvitettiin käytetyn juuston-, maidon- ja rasvanlaadun avulla. Puolet vastaajista ilmoitti käyttävänsä eniten kasvirasvaa, maidon laadun suositukset rasvattoman maidon käytöstä toteutuivat huonosti. Vastaajista kaksi kolmasosaa käytti vähärasvaista juustoa. Mielestämme rasvan laatuun tulee kiinnittää huomiota.

Vastaajista suurin osa joi maitoa tai piimää ja käyttivät juustoa. Kalsiumin saannin kartoittamisessa tulee tietenkin ottaa huomioon myös muut maitotaloustuotteet, joiden käyttöä ei tässä opinnäytetyössä otettu huomioon. Tuloksista ilmeni, että D-vitamiinisuosituksien toteutuivat kohtalaisesti, EVTK tutkimuksessa on todettu niiden toteutuvan huonosti.

Vihannesten, hedelmien ja marjojen syönti oli kyselyyn vastanneilla vähäistä, eikä suositukset värikkästä ja monipuolisesta ruokavaliosta toteutuneet. Proteiini on tärkein ikääntyneen ravitsemustilaan vaikuttava tekijä. Tärkeimpiä proteiinin lähteitä ovat liha, maito ja viljavalmisteet. (Haglund ym. 2010.) Saamiemme tulosten mukaan vastaajista alle puolet söi lihaa 6-7 kertaa viikossa. Proteiinisuosituksien toteutuminen perusteella toteutui toivotulla tavalla.

Liikunnan määrällä katsotaan olevan suuri merkitys terveyden ylläpidossa (Pohjolainen & Pitkälä 2006). Liikunta hidastaa lihaskatoa, lihasvoiman, -tehon ja kestävyyskyvyn pienenemistä, luukatoa, aerobisen kestävyyskyvyn huononemista, notkeuden vähenemistä sekä tasapainon ja kävelykyvyn huononemista. Opinnäytetyömme tuloksista käy ilmi, että vain harvat vastaajista harrastivat viikoittain voimaperäistä ja rasittavaa liikuntaa, lihaskuntoharjoittelua tai tasapainoharjoittelua. Ikääntyneelle hyvä tasapaino ja lihaskunto ovat tärkeitä muun muassa kaatumisriskin ennaltaehkäisyssä. Liikunnalla voidaan parantaa ikääntyneen elämänlaatua ja kotona pärjäämistä, jonka vuoksi liikunnan aktiivisuuteen tulee kiinnittää huomiota ikääntyneen terveysneuvonnassa. Sukupuolten välillä on havaittu eroja ja on todettu että miehet harrastavat liikuntaa enemmän kuin naiset (Pohjolainen & Pitkälä 2006). Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmeni kuitenkin, että naiset harrastivat liikuntaa miehiä enemmän.

Tutkimusten mukaan ikääntyneiden alkoholin käyttö ja alkoholiongelmien esiintyminen ovat lisääntyneet. Ikääntyneen alkoholin määrän riskiraja viikossa on enintään seitsemän annosta alkoholia. (Sulander 2009.) Tässä tutkimuksessa vastaajien alkoholin käyttö oli suurimmalla osalla kyselyyn

vastanneista melko kohtuullista. Vastaajista muutamalla alkoholinkäyttö oli runsaampaa, jolloin suositukset ylittyivät reilusti. Opinnäytetyössä ei pystytty selvittämään alkoholin käytön lisääntymistä ikääntyneiden keskuudessa.

Tutkimusten mukaan eläkeläisten päivittäistupakointi on vähentynyt (Laitalainen ym. 2010). Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista ainoastaan yksi tupakoi päivittäin ja kolme satunnaisesti, näistä kaikki olivat miehiä. Näin ollen tulokset ovat yhdensuuntaisia muiden tutkimusten kanssa. Vastaajista monet olivat lopettaneet tupakanpolton monen kymmenen vuoden tupakoinnin jälkeen, josta voimme päätellä että terveysneuvonta on ollut vaikuttavaa.

Sosiaalisten suhteiden merkitystä terveyteen on tutkittu ja on todettu, että hyvä sosiaalinen verkosto ja sosiaaliset suhteet edistävät terveyttä. Sosiaalisen aktiivisuuden on todettu vaikuttavan oman terveyden kokemiseen positiivisesti. (Lyyra ym. 2007.) Tämän työn tulosten mukaan naiset pitivät enemmän yhteyttä ystäviin ja sukulaisiin kuin miehet, mutta silti useampi nainen tunsu itsensä yksinäiseksi. Suurin osa vastanneista harrasti paljon ja monipuolisesti kodin ulkopuolella.

Suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista on mitattu verenpaine ja kolesterolit viimeisen vuoden aikana. Ikääntyneellä verenpainetta tulisi mittaattaa säännöllisesti ja vähintään kerran vuodessa. (Ilanne- Parikka 2009.) Tämän opinnäytetyön tuloksista voidaan todeta, että tämä suositus on toteutunut erittäin hyvin. Myös veren kolesterolia tulee mitata säännöllisesti (Mustaajoki 2010). Tutkimuksen (Laitalainen ym. 2010) mukaan verenpaineen mittaaminen on yleistynyt, samoin kuin kolesterolilääkkeiden ja verenpainelääkkeiden käyttö. Tämä voisi osaltaan selittää mittausten yleisyyttä, koska säännöllisen lääkityksen vuoksi lääkärissä käydään vähintään kerran vuodessa, jolloin verenpaine mitataan.

9.2 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneet naiset eivät tupakoineet ja alkoholin käyttö oli vähäistä. Ateriarytmi naisilla oli säännöllistä, mutta kaikilla ravinto ei kuitenkaan ollut kovin monipuolista. Naisten tullessa vastaanotolle tulee kiinnittää huomiota terveystarkastuksen yhteydessä riittävään kalsiumin saantiin ja tuoda esiin sen merkitys ikääntyneelle. Naiset ovat usein yhteydessä ystäviin ja sukulaisiin, mutta se ei kuitenkaan takaa sitä, etteivätkö he voisi tuntea olonsa yksinäiseksi. Tämän vuoksi heidän yksinäisyyden tunnetta tulisi kartoittaa ja tarjota mahdollisia ikäihmisten ryhmiä, joista voisi olla apua yksinäisyyden tunteelle.

Opinnäytetyön kyselyyn vastanneet miehet käyttivät alkoholia enemmän kuin naiset ja muutama heistä huomattavasti yli suositusten. Alkoholinkäyttöä tulee vastaanotoilla kartoittaa ja tarvittaessa ohjata vähentämään sen kulutusta. Miesten tullessa vastaanotolle tulee kiinnittää

huomiota myös ateriarytmiin sekä riittävän monipuoliseen ravinnonsaantiin. D-vitamiinin käytön hyödyistä ja tärkeydestä tulee keskustella erityisesti miesten kanssa, sillä tämän opinnäytetyön tulosten perusteella miesten D-vitamiinin käyttö oli vähäisempää kuin naisilla.

Ikääntyneen tullessa vastaanotolle tulee eniten kiinnittää huomiota ravitsemukseen, liikuntaan, tuki- ja liikuntaelimistön vaivoihin sekä yksinäisyyden tunteeseen ja sosiaalisiin suhteisiin. Ravitsemusohjauksessa tulee kannustaa ikääntyneitä syömään mahdollisimman monipuolisesti ja terveellisesti. Vastaanotolla olisi myös hyvä kertoa ikääntymiseen liittyvistä muutoksista esimerkiksi proteiinin, kalsiumin ja D-vitamiinin saannin vaikutuksesta terveyteen. Ohjauksessa tulee kertoa liikunnan merkitystä ikääntyneiden terveydentilaan vaikuttavana tekijänä. Ikääntyneitä olisi hyvä kannustaa erilaisten liikuntamuotojen pariin, jotta heidän kuntonsa ja tasapainonsa pysyisi hyvänä. Opinnäytetyön kyselyyn vastanneista tupakoinnin oli melkein kaikki lopettanut kokonaan. On tärkeää kannustaa ikääntyneitä edelleen tupakoimattomuuteen ja kertoa tupakoimattomuuden hyödyistä.

Lähteet

Alkula, T., Pönttinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 1.-3. PAINOS. Helsinki: WSOY.

Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. 2005. Yhteenvedo väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 12.2.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00066#s18

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. 10. uudistettu painos. WSOYpro: Helsinki.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima.

Huttunen, J. 2010. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 23.3.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_artikkeli=dlk00903

Ilanne-Parikka, P. 2009. Verenpaineen mittausta ja seuranta. terveyskirjasto. Viitattu 9.3.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00413

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kantola, I. 2009. Iäkkään verenpainepotilaan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 21.4.2011.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98185

Koskinen, S. 2004. Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Viitattu 12.2.2011.

http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/kl62004/terveyden_eri-arvoisuus-suomessa.pdf

Kvantitatiivinen tutkimus 2003. Kvantitatiivisen metodologian kysymyksiä. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 2.12.2011. <http://users.jyu.fi/~mmantys/180203.pdf>

Käypähoito 2010. Aikuisten liikunta. Viitattu 21.2.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/kht00080#s1>

Laitalainen, E., Helakorpi, S. & Uutela, A. 2010. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keuhällä 2009 ja niiden muutokset 1993-2009. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Yliopistopaino. Helsinki. Verkkojulkaisu. Viitattu 21.2.2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/12023db0-7521-4e22-a80c-cb1dbb27b55a>

Laitinen, T., Haapaniemi, T. & Palo, L. 2011: 90-100 . Seniorineuvola. Niiniö H. & Toikko A. (toim). Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen- hankkeen raportti vuodet 2008-2011. Viitattu 3.4.2011. <http://muutosvoimaa-hanke.fi/wp-content/uploads/2011/04/Loppuraportti.pdf>

Leinonen, K. & Palo, L. 2009. Päivätoiminnasta gerontologiseksi keskuksiksi Seniorineuvola - osatavoitteen projektin väliraportti.

Leinonen, K. & Palo, L. 2010. Päivätoiminnasta gerontologiseksi keskuksiksi Seniorineuvola - osatavoitteen projektin toimintakertomus kevät 2010.

Lindén, A. 2011. Uusi terveydenhuoltolaki tuo meille uusia tehtäviä.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,39220,39222,39443>

Lyyra, T-M. 2006:206-207. Sosiaalinen tuki ja elämään tyytyväisyys pidentävät iäkkäiden ihmisten elinikää. Gerontologia 4/2006.

Lyyra, T-M. Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Edita. Tampere.

Martelin, T., Koskinen, S. & Lahelma, E. 2005. Väestöryhmien väliset terveyserot. Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 12.2.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00043#s2

Mustajoki, P. 2010. Kolesterolit. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 9.3.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035

Patja, K. 2010. Tupakka ja sairaudet. Viitattu 9.3.2011.
<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/522-tupakka-ja-sairaudet>

Patja, K. 2011. Tupakka ja sairaudet. Terveyskirjasto. Viitattu 9.3.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066&p_haku=tupakointi

Pohjolainen, P & Pitkälä, K. 2006:3. Terveyselämäntyyli eläkeiässä- esimerkkinä liikuntaharrastuksen tutkimus. Gerontologia 1/2006.

Pohjolainen, P., Ponsi, V. & Pulkkinen, M. 2010: 207-209. Yksinäisyys ikäihmisten ongelmana - Yhdessä- Projektin tuloksia. Gerontologia 2/2010.

Rapo, M. 2009. Suomella edessä haastavat ajat. Viitattu 19.1.2011.
http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-12-18_002.html

Rusanen, J., Muilu, T. & Colpaert, A. 2002. Vanhukset keskittyvät taajamiin. Viitattu 19.1.2011. http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_10_02_vanhukset.html

Salminen, U. 2009. Liikkumalla voimaa vanhuuteen. Ikäinstituutti. Helsinki. Viitattu 21.2.2011.
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/128/Liikkumalla+voimaa+vanhuuteen,+121109.pdf>

Soininen, M. 2010. Lääkäri unohtaa helposti iäkkään liikuntasuosituksen. Lääkärilehti. Viitattu 21.2.2011 http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=8370/type=1

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- ohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Viitattu 20.2.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:6. Viitattu 24.3.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3553.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Viitattu 20.2.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö esitteitä 2007:5. Viitattu 20.2.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3470.pdf&title=Terveiden_edistamisen_laatusuositus_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a. Terveys 2015- kansanterveysohjelma. Viitattu 23.4.2011
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 9.10.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-11497.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c. Terveydenhuoltolaki parantaa asiakkaiden asemaa. Viitattu 9.10.2011. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1512997>

Sulander, T. 2009:157-159. Alkoholi maistuu yhä useammalle ikääntyneelle ihmiselle. *Geronologia* 3/2009.

Sulander, T., Karisto, A., Haarni, I. & Viljanen, M. 2009:23. Alkoholinkäytön ja hyvinvoinnin yhteyksiä. *Gerontologia* 1/2009.

Suomen sydänliitto ry 2011. Mitä tupakointi uhkaa viedä sinulta? Viitattu 9.3.2011.
<http://www.sydanliitto.fi/tupakoinnin-uhat>

Suominen, M. 2007:351-352. Ravitsemusongelmat yleisiä. Gerontologia 4/2007.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011a. Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. Viitattu 9.10.2011. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011b. D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositukset. Viitattu 19.2.2011.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suositukset_ja_toimenpiteohjelmat/ravitsemus-_ja_juomasuositukset/d-vitamiinivalmisteiden_kayttosuositukset__ja_tietoa_taydentamisesta/d-vitamiinivalmisteiden_kayttosuositukset/

Terveystieteiden tutkimuskeskus

Tiikkainen, P. 2006:97-99. Vanhuusiän yksinäisyys. Gerontologia 2/2006.

Tilvis, R. 2009. Sairauksien ehkäisy vanhuksilla - erityispiirteet. Terveyskirjasto. Viitattu 15.2.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00145

UKK-instituutti 2009. Terveysliikuntaa- millaista ja miten. Viitattu 21.2.2011.
<http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=98752&lan=fi>

UKK-instituutti 2010. Ikääntyminen ja liikunta. Viitattu 21.2.2011.
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/aloittajan_liikuntaopas/ikaantyminen_ja_liikunta

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon. Viitattu 24.3.2011.
<http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2011a. Käytä leivälle kasvirasvaveitettä ja suosi kasviöljyjä. 2011. Viitattu 24.3.2011.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/vinkkejä_viiisaiisiin_valintoihin/rasvat/

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2011b. Lautasmallin avulla syöt oikein. 2011. Viitattu 24.3.2011.

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/vinkkejaviisaisiin_valintoihin/lautasmalli/

Vanhanen, H. 2011. Vanhusten verenpaineen hoito. Viitattu 9.3.2011.
<http://www.gernet.fi/artikkelit/verenpainehoito.html>

Vanhusten sairaudet 2008. Miten vanhusten sairauksia hoidetaan ja ennaltaehkäistään? HUS.
 Viitattu 20.9.2011. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1991,5600>

Vanhusten toimintakyvyn tukeminen taidolla ja laadulla 2011. Toimintakyvyn tukemisen prosessi. Viitattu 22.2.2011. http://www.sufuca.fi/fi/social_capacity_fi.html

Vantaan hyvinvointikatsaus 2007. Viitattu 9.10.2011.
http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/32293_hyvinvointikatsaus_net.pdf

Vantaan hyvinvointikertomus 2008. Viitattu 22.2.2011.
www.vantaa.fi/i_liitetiedosto.asp?path=1;304;20717;96779

Vantaan kaupunki 2010a. Vantaan väestöennuste 2010. Viitattu 18.1.2011.
http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;2075;6962;22200

Vantaan kaupunki 2010b. Vantaan väestöennuste osa-alueittain 2010-2040. Viitattu 22.2.2011.
http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;2075;6962;22200

Vantaan kaupunki 2011. Seniorineuvola. Viitattu 23.2.2011.
http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4722;82099

Vantaa vanhenee viisaasti 2010. Vantaan ikääntymispoliittinen ohjelma 2010-2015. Viitattu 24.3.2011.
http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/69123_Vantaa_vanhenee_viisaasti_2010-2015.pdf

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake



ARVOISA VASTAANOTTAJA

Vantaan Seniorineuvolan tavoitteena on auttaa ikääntynyttä edistämään omaa hyvinvointiaan ja terveyttään, jotta kotona asuminen onnistuisi mahdollisimman pitkään. Olemme kolmannen vuoden terveydenhoitaja-opiskelijoita Tikkurilan Laurea Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Vantaan Seniorineuvolan kanssa ja pyrimme kehittämään sen toimintaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kossossa kotona ilman kotihoitoa asuvien 75 vuotta täyttäneiden terveyskäyttäytymistä oheisen lomakkeen avulla. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja tulokset käsitellään luottamuksellisesti.

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan mielellään 10 päivän kuluessa ja palauttamaan vastauksenne oheisessa vastauskuoressa, jossa postimaksu on maksettu.

Kysymyksiin vastataan rengastamalla oikea vastausvaihtoehto (esimerkki 1) tai kirjoittamalla vastaus sitä varten varattuun tilaan (esimerkki 2). Eräissä kysymyksissä tiedustellaan useita eri oireita, ym. Rastittakaa silloin jokainen tilannettanne koskeva kohta. (esimerkki 3.)

Vastausesimerkkejä:

Esimerkki 1.

Mikä on tämänhetkinen siviilisäätyenne?

- ☒ 1 naimisissa tai avoliitossa
☐ 2 naimaton
☐ 3 asumuserossa
☐ 4 leski

Esimerkki 2.

Kuinka monta lasillista maitoa tai piimää (1 lasillinen on 2 dl) juotte tavallisesti päivässä?

Merkitkää 0, jos ette juo lainkaan.

maitoa 2 lasillista

piimää 0 lasillista

Esimerkki 3.

Onko Teille viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana tehty seuraavia tutkimuksia?

Rastita oikea vaihtoehto.

	Kyllä	Ei
mitattu verenpaine	x	
mitattu veren kolesterolipitoisuus		x

Ystävällisin terveisin

Castrén Pinja
pinja.castrén@laurea.fi

Rahkola Maija
maija.rahkola@laurea.fi

Souranto Jenna
jenna.souranto@laurea.fi

VASTAUSLOMAKE 2011 (Vastausvaihtoehtojen perässä frekvenssit ja suluissa vastausprosentit)

ESITIEDOT

1. Mikä on sukupuolenne?

- | | |
|-----------|----------|
| 1. mies | 26 (45%) |
| 2. nainen | 32 (55%) |

2. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskellut päätoimisesti? Kansakoulu lasketaan mukaan.

_____ vuotta

3. Mikä on tämänhetkinen siviilisäätynne?

- | | |
|-------------------------------|----------|
| 1. naimisissa tai avoliitossa | 40 (69%) |
| 2. naimaton | 1 (2%) |
| 3. asumuserossa tai eronnut | 6 (10%) |
| 4. leski | 11 (19%) |

4. Kenen kanssa asutte?

- | | |
|--|---------|
| 1. yksin | 19(33%) |
| 2. kahdestaan avio/avopuolison kanssa | 38(66%) |
| 3. muiden henkilöiden ja avio/avopuolison kanssa | 1(2%) |
| 4. muiden henkilöiden kanssa | |

5. Kuinka pitkä olette?

_____ senttimetriä

6. Kuinka paljon nykyisin painatte kevyissä vaatteissa?

_____ kiloa

7. Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä

- | | |
|---------------|---------|
| 1. hyvä | 12(21%) |
| 2. melko hyvä | 35(60%) |
| 3. huono | 11(19%) |

TERVEYS

8. Onko Teillä viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?

	Kyllä	Ei
rintakipua rasituksessa	8	41
nivelsärkyä	34	19
selkäkipua, selkäsärkyä	31	23
päänsärkyä	11	34
turvotusta jaloissa	21	27
unettomuutta	19	27
masentuneisuutta	8	34
huimausta	12	34
ummetusta	10	36
muita ruoansulatusvaivoja (esim. ilmavaivoja, ripulia)	22	26

9. Onko Teille viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana tehty seuraavia tutkimuksia?

	Kyllä	Ei
mitattu verenpaine	53	4
mitattu veren kolesterolipitoisuus	40	16

RAVINTO

10. Syöttekö seuraavat ateriat päivän aikana?

	Kyllä	Ei
Aamupala	55	
Lounas	43	4
Välipala	42	9
Päivällinen	45	7
Iltapala	42	6

11. Mitä rasvaa kotonanne käytetään enimmäkseen?

1. Kasvirasvaa (esim. Rypsiöljy, Becel, Flora, Keiju yms.) 29
2. Voi-kasviöljyseosta, rasvaseosta (esim. Oivariini, Enilett, Oivariini vähärasvaisempi) 8
3. voita 4
4. ei mitään rasvaa
5. Jotain muuta, mitä? _____

12. Kuinka monta lasillista maitoa tai piimää (1 lasillinen on 2 dl) juotte tavallisesti päivässä? Merkitkää 0, jos ette juo lainkaan.

maitoa _____ lasillista

piimää _____ lasillista

13. Mitä maitoa tavallisesti käytätte?

- | | |
|--------------------------------------|---------|
| 1. täysmaitoa (entinen kulutusmaito) | 5(9%) |
| 2. kevytmaitoa | 22(38%) |
| 3. ykkösmaitoa | 4(7%) |
| 4. rasvatonta maitoa | 18(31%) |
| 5. en juo maitoa | 5(9%) |

14. Mitä juustoa yleensä käytätte?

- | | | |
|---|---------|--|
| 1. rasvaisia juustoja | 12(21%) | |
| 2. vähärasvaisempia juustoja (rasvaa 17 % tai vähemmän) | 39(67%) | |
| 3. en käytä juustoja | 3(5%) | |

15. Kuinka monta siivua juustoa käytätte päivässä?

juustoa _____ siivua

16. Miten usein olette syönyt vihanneksia tai juureksia (ei perunaa) viimeksi kuluneen viikon (7 pv) aikana sellaisenaan, raasteena tai tuoresalaattina?

- | | |
|------------------|---------|
| 1. en kertaakaan | 1(2%) |
| 2. 1–2 päivänä | 15(26%) |
| 3. 3–5 päivänä | 17(29%) |
| 4. 6–7 päivänä | 25(43%) |

17. Miten usein olette syönyt tuoreita tai pakastettuja marjoja tai hedelmiä viimeksi kuluneen viikon (7 pv) aikana?

- | | |
|------------------|-----------|
| 1. en kertaakaan | 5(9%) |
| 2. 1–2 päivänä | 20(34,5%) |
| 3. 3–5 päivänä | 13(22%) |
| 4. 6–7 päivänä | 20(34,5%) |

18. Kuinka paljon käytätte lihaa. (kalaa, kanaa, kalkkunaa, nautaa ja sikaa)

- | | |
|-----------------------------|---------|
| 1. Päivittäin | 24(41%) |
| 2. 3-4 kertaa viikossa | 28(48%) |
| 3. Kerran viikossa | 5(9%) |
| 4. En käytä lihavalmisteita | |

19. Käytättekö jotakin D-vitamiininvalmistetta? (esim. Devisol, Jekovit, Minisun, Calcichew-D3, Multitabs, Kalcipos-D)

- | | |
|---------|-----------|
| 1 kyllä | 38(65,5%) |
| 2 en | 20(34,5%) |

ALKOHOLIN KÄYTTÖ

20. Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt mitään alkoholijuomia(olutta, viiniä, siideriä tai väkeviä)?

- | | |
|----------------------------------|---------|
| 1. kyllä (jatkaa kysymykseen 21) | 40(69%) |
| 2. en (siirtyä kysymykseen 23) | 16(28%) |

21. Kuinka usein käytätte alkoholia?

- | | |
|---|---------|
| 1. en koskaan | 2(3%) |
| 2. harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 11(19%) |
| 3. noin 1–2 kertaa kuukaudessa | 15(26%) |
| 4. en joka päivä, mutta vähintään kerran viikossa | 12(21%) |
| 5. joka päivä | 4(7%) |

22. Montako lasillista (tavallista ravintola-annosta) tai pullollista olette juonut edellisen viikon (edelliset 7 pv) aikana seuraavia: (Ellette ole juonut yhtään, merkitkää 0).

olutta, long drink -juomia tai siideriä _____ pullollista (0,33 l) (alkoholipitoisuus noin 5 %)

viiniä tai vastaavaa _____ lasillista (alkoholipitoisuus yli 5 %)

väkevää alkoholia _____ ravintola-annosta

TUPAKOINTI

23. Oletteko koskaan tupakoineet päivittäin ainakin yhden vuoden ajan? Kuinka monta vuotta yhteensä?

- | | |
|--|---------|
| 1 en ole koskaan tupakoinut päivittäin | 34(59%) |
| 2 olen tupakoinut päivittäin yhteensä _____ vuotta | 24(41%) |

24. Tupakoitteko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- | | |
|---------------------|---------|
| 1 kyllä, päivittäin | 1(2%) |
| 2 satunnaisesti | 3(5%) |
| 3 en lainkaan | 46(79%) |

25. Miten paljon poltatte tai poltatte ennen lopettamista keskimäärin päivässä?

Merkittä 0, jos ette tupakoi lainkaan.
savukkeita _____ kpl päivässä
piippua _____ piipullista päivässä
sikareita _____ kpl päivässä

Voimavarat

26. Millainen on mielialanne (tällä hetkellä)?

- | | |
|----------------------|---------|
| 1 hyvä | 19(33%) |
| 2 kohtalainen | 26(45%) |
| 3 hieman alakuloinen | 11(19%) |
| 4 masentunut | 0(0%) |

27. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

- | | |
|-----------------|-----------|
| 1 en koskaan | 19(32,8%) |
| 2 hyvin harvoin | 19(32,8%) |
| 3 joskus | 15(26%) |
| 4 melko usein | 3(5,2%) |
| 5 jatkuvasti | 0(0%) |

28. Kuinka usein olette yhteydessä ystäviinne tai sukulaisiinne, jotka eivät asu kanssanne samassa taloudessa?

	Lähes päivittäin	Kerran tai pari viikossa	Kerran tai pari kuukaudessa	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	En koskaan
Tapaatte kasvokkain	15	20	13	7	0
Puhutte puhelimessa	21	27	3	2	0
Pidätte yhteyttä Internetin välityksellä	1	2	4	6	25
Pidätte yhteyttä kirjeitse	0	2	0	13	24

29. Mitä seuraavista asioista harrastatte kodin ulkopuolella?

Rastita teitä koskeva oikea vaihtoehto.

	Kyllä	Ei
Vierailut kotiseudulla ystävien, tuttavien tai sukulaisten luona	48	6
Matkustaminen (turistina)	26	21
Urheilutapahtumat (katselijana tai osanottajana)	10	31
Tanssi	9	34
Kerho- tai järjestötoiminta	15	26
Soittaminen tai laulaminen yhdessä muiden kanssa	5	35
Seurakunnan toiminta	9	33
Käynnit teatterissa, elokuvissa, konserteissa	28	16
Pelit (shakki, korttipelit, pallopelit ym.)	13	28
Kalastus tai metsästys	18	26
Mökkielämä, retkeily	32	15
Opiskelu	7	31
Kodinhoito, lastenhoito	24	19
Pienimuotoiset työtehtävät, talkootyö	21	19
Muuta, mitä?		
En mitään	2	

LIIKUNTA

30. Kuinka usein harrastatte liikuntaa vähintään puoli tuntia?

1 päivittäin	23(40%)
2 4–6 kertaa viikossa	12(21%)
3 2–3 kertaa viikossa	12(21%)
4 kerran viikossa	2(3%)
5 2–3 kertaa kuukaudessa	4(7%)
6 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	0(0%)
7 en voi sairauden tai vamman vuoksi lainkaan kävellä	2(3%)

Lopuksi vielä kysymys, joka koskee kaikkea harrastamaanne säännöllistä liikuntaa.

31. Kuinka paljon kaikkiaan liikutte viikoittain? Ajatelkaa viimeksi kulunutta vuotta (12 kk). Ottakaa huomioon sellainen säännöllisesti viikoittain toistuva fyysinen rasitus, joka kestää vähintään 10 minuuttia kerrallaan. Ympäröikää kaikki tilannettanne vastaavat vaihtoehdot kohdista 2–6, ja merkitkää viivoille kuinka paljon kyseistä liikuntaa harrastatte (päiviä viikossa, tunteja ja minuutteja yhteensä viikossa).

Jos ette juuri ollenkaan liiku säännöllisesti viikoittain, valitkaa vaihtoehto 1 ja jättäkää muut kohdat täyttämättä.

1 ei juuri mitään säännöllistä liikuntaa joka viikko

2 verkkaista ja rauhallista kestävyysliikuntaa

(= ei hikoilua tai hengityksen kiihtymistä, esim. rauhallinen kävely)

_____ päivänä viikossa, yhteensä _____ tuntia _____ minuuttia viikossa

3 ripeää ja reipasta kestävyysliikuntaa

(= jonkin verran hikoilua ja/tai hengityksen kiihtymistä, esim. reipas kävely)

_____ päivänä viikossa, yhteensä _____ tuntia _____ minuuttia viikossa

4 voimaperäistä ja rasittavaa kestävyysliikuntaa

(= voimakasta hikoilua ja/tai hengityksen kiihtymistä, esim. hölkkä tai juoksu)

_____ päivänä viikossa, yhteensä _____ tuntia _____ minuuttia viikossa

5 lihaskuntoharjoittelua (= esim. kuntopiiri tai kuntosaliharjoittelu, jossa

eri lihasryhmiin vaikuttavia liikkeitä tehdään vähintään 8–12 kertaa)

_____ päivänä viikossa, yhteensä _____ tuntia _____ minuuttia viikossa

6 tasapainoharjoittelua (= esim. tai chi, tanssi, liikuntapelit, tasapainoharjoitukset

esimerkiksi yhdellä jalalla, epätasaisella alustalla tai konttausasennossa)

_____ päivänä viikossa, yhteensä _____ tuntia _____ minuuttia viikossa

Ennen lomakkeen postittamista pyydämme Teitä vielä ystävällisesti tarkistamaan, että olette vastannut kaikkiin Teitä koskeviin kysymyksiin.

KIITOS VASTAUKSESTANNE

Liite 2. Seniorineuvolan saatekirje

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Vantaan kaupungin seniorineuvola kutsuu vuosittain kaikki vantaalaiset 75-vuotiaat terveystapaamiseen. Vastaamalla oheiseen opiskelijoiden kyselyyn autatte meitä seniorineuvolatoiminnan kehittämisessä. Kyselyn tuloksista voimme arvioida, mihin asioihin terveystapaamisissa tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja tulokset käsitellään luottamuksellisesti. Kutsun terveystapaamiseen tulette saamaan vuoden 2011 aikana.

Ystävällisin terveisin

Tuulikki Laitinen
Terveystapaaja (AMK)
Seniorineuvola
Puh: 040-5235141

Tiina Haapaniemi
Kuntoutuksen ohjaaja (AMK)
Seniorineuvola
Puh: 050-3180986